



First Session
Thirty-eighth Parliament, 2004-05

SENATE OF CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

Social Affairs, Science and Technology

Chair:

The Honourable MICHAEL KIRBY

Tuesday, June 14, 2005
Wednesday, June 15, 2005
Thursday, June 16, 2005

Issue No. 22

**Thirty-second, thirty-third and
thirty-fourth meetings on:**

Mental health and mental illness

WITNESSES:
(See back cover)

Première session de la
trente-huitième législature, 2004-2005

SÉNAT DU CANADA

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Président :

L'honorable MICHAEL KIRBY

Le mardi 14 juin 2005
Le mercredi 15 juin 2005
Le jeudi 16 juin 2005

Fascicule n°22

**Trente-deuxième, trente-troisième et
trente-quatrième réunions concernant :**

La santé mentale et la maladie mentale

TÉMOINS :
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Wilbert J. Keon, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

* Austin, P.C. (or Rompkey, P.C.) Callbeck Cochrane Cook Cordy Fairbairn, P.C.	Gill Johnson LeBreton * Kinsella (or Stratton) Pépin Trenholme Counsell
--	---

*Ex officio members

(Quorum 4)

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES
SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE

Président : L'honorable Michael Kirby

Vice-président : L'honorable Wilbert J. Keon

et

Les honorables sénateurs :

* Austin, C.P. (ou Rompkey, C.P.) Callbeck Cochrane Cook Cordy Fairbairn, C.P.	Gill Johnson LeBreton * Kinsella (ou Stratton) Pépin Trenholme Counsell
--	---

* Membres d'office

(Quorum 4)

MINUTES OF PROCEEDINGS

ST. JOHN'S, Tuesday, June 14, 2005
(40)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 1:03 p.m., this day, in the Salon B at the Delta St. John's in St. John's, Newfoundland and Labrador, the Honourable Michael Kirby, Chair, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cochrane, Cook, Cordy, Gill, Kirby and Trenholme Counsell (6).

In attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Howard Chodos, Analyst, Political and Social Affairs Division and Tim Riordan, Analyst, Political and Social Affairs Division.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, October 7, 2004, the committee continued its examination on the state of the health care system in Canada, in particular issues concerning mental health and mental illness. (See Issue No. 1, Wednesday, October 20, 2004, for the full text of the Order of Reference.)

WITNESSES:

Consumers Health Awareness Network Newfoundland and Labrador (CHANNAL):

Joan Edwards-Karmazyn, Manager.

Health Care Corporation of St. John's Region:

Ian Shortall, Division Manager, BRIDGES Program.

Health and Community Services — St. John's Region:

Kim Baldwin, Director of Mental Health and Addictions.

As an Individual:

Ron Fitzpatrick.

Waterford Hospital:

Gerri Dalton, Nurse Practitioner, Short Stay Unit

As walk-ons:

Helen Forristall;

Robert J. Ryan;

Harold Dunne;

Deborah Jackman.

Joan Edwards-Karmazyn and Ian Shortall each made a statement. Together the witnesses answered questions.

At 2:45 p.m., the committee suspended its sitting.

At 2:55 p.m. the committee resumed its sitting.

Gerri Dalton, Kim Baldwin and Ron Fitzpatrick each made a statement. Together the witnesses answered questions.

PROCÈS-VERBAUX

ST. JOHN'S, le mardi 14 juin 2005
(40)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 13 h 3, dans le Salon B du Delta St. John's, à St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador), sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Cochrane, Cook, Cordy, Gill, Kirby et Trenholme Counsell (6).

Également présents: De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement : Howard Chodos et Tim Riordan, analystes, Division des affaires politiques et sociales.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 7 octobre 2004, le comité poursuit son examen de l'état du système de santé du Canada, en particulier des questions concernant la santé mentale et la maladie mentale. (*L'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 1 du mercredi 20 octobre 2004.*)

TÉMOINS :

Consumers Health Awareness Network Newfoundland and Labrador (CHANNAL) :

Joan Edwards-Karmazyn, gestionnaire.

Health Care Corporation of St. John's :

Ian Shortall, chef de division, Programme BRIDGES.

Services de santé et services communautaires, région de St. John's :

Kim Baldwin, directrice, Santé mentale et toxicomanies.

À titre personnel :

Ron Fitzpatrick.

Hôpital Waterford :

Gerri Dalton, infirmière praticienne, Unité de séjours de courte durée.

Tribune ouverte :

Helen Forristall;

Robert J. Ryan;

Harold Dunne;

Deborah Jackman.

Joan Edwards-Karmazyn et Ian Shortall font une déclaration et répondent aux questions.

À 14 h 45, le comité suspend ses travaux.

À 14 h 55, le comité reprend ses travaux.

Gerri Dalton, Kim Baldwin et Ron Fitzpatrick font une déclaration et répondent aux questions.

At 4:25 p.m. the committee suspended its sitting.

At 4:30 p.m. the committee resumed its sitting.

Together, the witnesses continued to answer questions.

At 5:03 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

ST. JOHN'S, Wednesday, June 15, 2005

(41)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 9:07 a.m., this day, in the Salon B at the Delta St. John's in St. John's Newfoundland and Labrador, the Honourable Michael Kirby, Chair, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cochrane, Cook, Cordy, Gill, Kirby and Trenholme Counsell (6).

In attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Howard Chodos, Analyst, Political and Social Affairs Division.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, October 7, 2004, the committee continued its examination on the state of the health care system in Canada, in particular issues concerning mental health and mental illness. (See Issue No. 1, Wednesday, October 20, 2004, for the full text of the Order of Reference.)

WITNESSES:

Roots of Empathy:

Mary Bungay-Gaultois, Trainer and Mentor.

Newfoundland & Labrador Early Psychosis Program:

Dr. Kellie LeDrew, Clinical Director.

Canadian Mental Health Association, Newfoundland and Labrador Division:

Geoff Chaulk, Executive Director.

Psychiatric Association of Newfoundland and Labrador:

Ted Callanan, President.

Stella Burry Community Services:

Jocelyn Greene, Executive Director.

Mary Bungay-Gaultois made a statement.

At 9:20 a.m. the committee suspended its sitting because of a fire alarm.

At 9:35 a.m. the committee resumed its sitting.

Kellie LeDrew made a statement. Together the witnesses answered questions.

À 16 h 25, le comité suspend ses travaux.

À 16 h 30, le comité reprend ses travaux.

Ensemble, les témoins continuent de répondre aux questions.

À 17 h 3, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

ST. JOHN'S, le mercredi 15 juin 2005

(41)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 9 h 7, dans le Salon B du Delta St. John's, à St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador), sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (président).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Cochrane, Cook, Cordy, Gill, Kirby et Trenholme Counsell (6).

Également présent : De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement : Howard Chodos, analyste, Division des affaires politiques et sociales.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 7 octobre 7 2004, le comité poursuit son examen de l'état du système de santé du Canada, en particulier des questions concernant la santé mentale et la maladie mentale. (L'ordre de renvoi figure dans le fascicule n°1 du mercredi 20 octobre 2004.)

TÉMOINS :

Racines de l'empathie :

Mary Bungay-Gaultois, monitrice et mentor.

Newfoundland & Labrador Early Psychosis Program :

La docteure Kellie LeDrew, directrice, Services cliniques.

Association canadienne pour la santé mentale, Division de Terre-Neuve-et-Labrador :

Geoff Chaulk, directeur exécutif.

Psychiatric Association of Newfoundland and Labrador :

Ted Callanan, président.

Stella Burry Community Services :

Jocelyn Greene, directrice exécutive.

Mary Bungay-Gaultois fait une déclaration.

À 9 h 20, le comité suspend ses travaux en raison d'une alerte au feu.

À 9 h 35, le comité reprend ses travaux.

Kellie LeDrew fait une déclaration. Ensemble, les témoins répondent aux questions.

At 10:46 a.m. the committee suspended its sitting.

At 10:55 a.m. the committee resumed its sitting.

Geoff Chaulk, Ted Callanan and Jocelyn Greene each made a statement. Together, the witnesses answered questions.

At 12:50 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

CHARLOTTETOWN, Thursday, June 16, 2005
(42)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 9:02 a.m., this day, in the Pékeha Room at the Delta Prince Edward Island in Charlottetown, Prince Edward Island, the Honourable Michael Kirby, Chair, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cochrane, Cook, Cordy, Gill, Kirby and Trenholme Counsell (7).

In attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Howard Chodos, Analyst, Political and Social Affairs Division and Tim Riordan, Analyst, Political and Social Affairs Division.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, October 7, 2004, the committee continued its examination on the state of the health care system in Canada, in particular issues concerning mental health and mental illness. (See Issue No. 1, Wednesday, October 20, 2004, for the full text of the Order of Reference.)

WITNESSES:

As an individual:

Dr. Ian Reid.

Health and Social Services, Province of Prince Edward Island:

Dr. Tina Pranger, Mental Health Consultant.

West Prince Health Region:

Jim Campbell, Mental Health Addictions Coordinator.

Aboriginal Survivors for Healing:

Tarry Hewitt, Project Coordinator.

Provincial Suicide Prevention Committee:

Pat Doyle, Co-Chair.

Fitzroy Centre Programme:

Tom Macleod.

À 10 h 46, le comité suspend ses travaux.

À 10 h 55, le comité reprend ses travaux.

Geoff Chaulk, Ted Callanan et Jocelyn Greene font une déclaration. Ensemble, les témoins répondent aux questions.

À 12 h 50, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

CHARLOTTETOWN, le jeudi 16 juin 2005
(42)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 9 h 2, dans la salle Pekeha du Delta Prince Edward, à Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard), sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (président).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Callbeck, Cochrane, Cook, Cordy, Gill, Kirby et Trenholme Counsell (7).

Également présents : De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement : Howard Chodos et Tim Riordan, analystes, Division des affaires politiques et sociales.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 7 octobre 2004, le comité poursuit son examen de l'état du système de santé du Canada, en particulier des questions concernant la santé mentale et la maladie mentale. (L'ordre de renvoi figure dans le fascicule n°1 du mercredi 20 octobre 2004.)

TÉMOINS :

À titre personnel :

Le docteur Ian Reid.

Services de santé et services sociaux, Île-du-Prince-Édouard :

La docteure Tina Pranger, consultante en santé mentale.

West Prince Health Region :

Jim Campbell, coordonnateur, Santé mentale et toxicomanies.

Aboriginal Survivors for Healing :

Tarry Hewitt, coordonnateur de projet.

Comité provincial sur la prévention du suicide :

Pat Doyle, coprésident.

Programme du Centre Fitzroy :

Tom Macleod.

Canadian Mental Health Association (P.E.I.) Support Needs Working Group:

Bonnie Arnold;

Reid Burke, Executive Director.

As walk-ons:

Gail MacLean, President of the Schizophrenia Society of P.E.I.

Gregg Reddin.

Ian Reid, Tina Pranger and Jim Campbell each made a statement. Together the witnesses answered questions.

At 10:50 a.m. the committee suspended its sitting.

At 10:58 a.m. the committee resumed its sitting.

Tarry Hewitt, Tom Macleod, Pat Doyle and Bonnie Arnold each made a statement. Together the witnesses answered questions.

At 12:55 p.m. the committee suspended its sitting.

At 1:02 p.m. the committee resumed its sitting.

Together, the witnesses continued to answer questions.

At 1:25 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

Association canadienne pour la santé mentale (Î.-P.-É.) - Groupe de travail sur les besoins en matière de services de soutien :

Bonnie Arnold;

Reid Burke, directeur exécutif.

Tribute ouverte :

Gail MacLean, présidente de la Société de schizophrénie de l'Î.-P.-É.

Gregg Reddin.

Ian Reid, Tina Pranger et Jim Campbell font une déclaration et, ensemble, répondent aux questions.

À 10 h 50, le comité suspend ses travaux.

À 10 h 58, le comité reprend ses travaux.

Tarry Hewitt, Tom Macleod, Pat Doyle et Bonnie Arnold font une déclaration et, ensemble, répondent aux questions.

À 12 h 55, le comité suspend ses travaux.

À 13 h 2, le comité reprend ses travaux.

Ensemble, les témoins répondent aux questions.

À 13 h 25, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

La greffière du comité,

Josée Thérien

Clerk of the Committee

EVIDENCE

ST. JOHN'S, Tuesday, June 14, 2005

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, met this day at 1:03 p.m. to examine issues concerning mental health and mental illness.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the chair.

[English]

The Chairman: We have a session this afternoon, one tomorrow morning and one tomorrow afternoon. To everybody in the audience and our witnesses, by the time we leave Charlottetown on Thursday night, we will have been to every province and territory, I think, with the exception of Iqaluit. This country is very big when you decide to hold hearings from coast to coast. We have learned a lot, and had a chance to meet with a lot of interesting people. We want to thank all of you for coming.

We have learned an amazing amount, particularly, interestingly enough, in the smaller provinces. I think this situation is, in large part, because the smaller provinces have less resources and they are more willing to try experimental things in a community spirit because they have to pull together to make things happen. Many best practices that we will refer to in our final report will be best practices that occur in the smaller provinces. It reminds me of the fact that in our previous report on the hospital-doctor system, we described what we called the post-acute home care program. This program was essentially that if someone needs home care after an operation or care can be done at home rather than the hospital, home care is significantly cheaper at \$400 a day, roughly, than hospital care at \$1,400 a day. The interesting thing that we discovered while we were going through our work that ultimately led to that recommendation was the program had been in existence in New Brunswick for 20 years. I think the fact that it was in New Brunswick meant that nobody else looked at it. As we have discovered, lots of really neat service delivery things are happening on the ground in pockets of this country that do not get out to other parts of the country. Ultimately, one thing we have to do is to get these best practices known to everybody.

This is why we are delighted to hear from both of you. From the Consumers Health Awareness Network of Newfoundland and Labrador, CHANNAL, we have Joan Edwards-Karmazyn, who is the manager. Then we have Ian Shortall, who is the manager with the BRIDGES Program, which is run by the Health Care Corporation of St. John's. You have not changed over to the Eastern Regional Health Authority yet because you literally just changed, right?

Mr. Ian Shortall, Division Manager, BRIDGES Program, Health Care Corporation of St. John's: Within weeks.

TÉMOIGNAGES

ST. JOHN'S, le mardi 14 juin 2005

Le Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 13 h 3 pour examiner les enjeux liés à la santé mentale et à la maladie mentale.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[Traduction]

Le président : Le comité se réunit cet après-midi, puis encore demain en matinée et en après-midi. Je signale à notre auditoire et à nos témoins que quand nous quitterons Charlottetown jeudi soir, nous aurons visité chaque province et territoire à l'exception, je crois, d'Iqaluit. Nous constatons que ce pays est très vaste quand on décide de tenir des audiences d'un océan à l'autre. Nous avons beaucoup appris et nous avons eu l'occasion de rencontrer un grand nombre de personnes très intéressantes. Je vous remercie tous d'être là.

Nous avons appris un grand nombre de choses intéressantes, tout particulièrement, je tiens à le signaler, dans les plus petites provinces. Je crois que cela tient, en grande partie, au fait que les plus petites provinces ont moins de ressources et sont davantage prêtes à mettre en œuvre des solutions expérimentales dans un esprit communautaire parce qu'elles doivent se serrer les coudes pour obtenir des résultats. Un grand nombre des pratiques exemplaires dont nous ferons état dans notre rapport final seront celles retenues par les plus petites provinces. Cela me rappelle que dans notre précédent rapport sur le système hospitalier et médical, nous avons décrit ce que nous appelons les soins actifs à domicile. Ce programme s'adresse essentiellement à ceux qui ont besoin de soins à domicile après une intervention chirurgicale ou de soins qui peuvent être dispensés à domicile plutôt qu'à l'hôpital puisque ces soins sont beaucoup moins coûteux, soit 400 \$ par jour, environ, comparativement à 1 400 \$ par jour pour les soins hospitaliers. Pendant que nous faisons les travaux qui nous ont amenés à formuler la recommandation, nous avons appris une chose intéressante, à savoir que ce programme existe au Nouveau-Brunswick depuis 20 ans. D'ailleurs, je pense que le fait qu'il existait au Nouveau-Brunswick explique que personne d'autre ne s'y soit intéressé. Comme nous l'avons appris, il existe des modes de prestation de services réellement novateurs sur le terrain dans certaines enclaves du pays qui ne se propagent pas aux autres régions. En définitive, nous devons faire en sorte que ces pratiques exemplaires soient diffusées à tous.

Voilà pourquoi nous sommes ravis de vous recevoir aujourd'hui. Nous accueillons maintenant Joan Edwards-Karmazyn, gestionnaire de la Consumers Health Awareness Network of Newfoundland and Labrador (CHANNAL). Nous recevons aussi Ian Shortall, chef de division du BRIDGES Program administré par la Health Care Corporation of St. John's. Vous n'utilisez pas encore l'appellation Eastern Regional Health Authority puisque le changement est très récent, n'est-ce pas?

M. Ian Shortall, chef de division, Programme BRIDGES, Health Care Corporation of St. John's : Il se fera dans quelques semaines.

The Chairman: That is what I thought. I wanted to make sure I had the name correct. Thank you both for coming.

I will ask Joan to begin her presentation, then Ian, and then we will ask you questions together after you have both finished.

Ms. Joan Edwards-Karmazyn, Manager, Consumers Health Awareness Network Newfoundland and Labrador, CHANNAL: Greetings from St. John's. I hope you are enjoying your stay here.

I will begin by titling my paper, "A Psychiatric Peer Support Recovery Based Self-Help Perspective." That is the experience I speak of. I have also attached my biography, as well as a brochure for CHANNAL. I am a consumer, a psychiatric survivor, a family member, and a professional. I have worked in the field for 30 years and I have been a consumer and family member much longer. I will begin by reading my report.

Honourable members of the Senate, on behalf of CHANNAL, I would like to extend our appreciation for your invitation to speak with you today. I will use my time here to tell you of the organization I represent, and to address the emerging issues we have identified and the options we have utilized in providing peer support for each other within our program and community.

CHANNAL is now in celebration of its sixteenth year and it exists to provide a self-help psychiatric peer support network serving mental health consumer-survivors within Newfoundland and Labrador. CHANNAL receives funding from the Community Programs and Wellness Branch of Health and Community Services of Newfoundland and Labrador. It is under the sponsorship of their flow-through agency, the Canadian Mental Health Association, Newfoundland and Labrador Division. CHANNAL enjoys a healthy working relationship with their sponsor, and at this time is in the process of becoming an independent organization with the blessing and guidance of CMHA. It is expected that this will become a reality within the next two to three years. The work of building a strong infrastructure and developing our own governance is now underway.

CHANNAL offers peer support self-help groups within six regions of Newfoundland and Labrador. Each region is facilitated by a regional coordinator who reports to CHANNAL's Independence Development Manager. The regional coordinators are volunteer leaders who receive a small stipend for their large volume of work provided or produced. The only paid staff of CHANNAL at this point in time is the Independence Development Manager. I will speak more on this situation further along in my presentation.

The goals of CHANNAL are to build and strengthen self-help initiatives among individuals who live with mental health issues and difficulties; to increase peer consumer-survivor participation in mental health reform; to educate the public on issues relevant to consumers who use mental health services; to offer advocacy;

Le président : C'est bien ce que je pensais. Je voulais m'assurer d'utiliser le bon nom. Je vous remercie tous deux d'être venus aujourd'hui.

Je vais inviter Joan, puis Ian, à nous livrer leurs exposés après quoi nous vous poserons des questions à tous les deux.

Mme Joan Edwards-Karmazyn, gestionnaire, Consumers Health Awareness Network Newfoundland and Labrador, CHANNAL : Bienvenue à St. John's. J'espère que votre séjour ici est agréable.

Mon exposé d'aujourd'hui porte sur les psychothérapies soutenues par les pairs et axées sur la prise en charge de soi. Voilà l'expérience dont je parle. J'ai aussi joint une biographie et un dépliant sur CHANNAL. Je suis une consommatrice, survivante de troubles psychiatriques, membre d'une famille et j'exerce une profession libérale. Je travaille dans ce domaine depuis 30 ans et je suis consommatrice et membre d'une famille depuis encore plus longtemps. Je vais d'abord lire mon exposé.

Honorables sénateurs, j'aimerais au nom de CHANNAL vous dire à quel point nous apprécions d'avoir été invités à témoigner devant vous aujourd'hui. Je prendrai le temps qui m'est imparti pour vous parler de l'organisation que je représente et pour commenter les questions d'actualité que nous avons recensées et les options que nous avons retenues pour que chacun au sein du programme et de la collectivité puisse compter sur le soutien de ses pairs.

CHANNAL célèbre maintenant sa seizième année d'existence et a pour mandat d'assurer aux consommateurs-survivants des services de santé mentale à Terre-Neuve-et-Labrador grâce à un réseau de soins psychiatriques axés sur le soutien des pairs et la prise en charge de soi. CHANNAL reçoit du financement du Community Programs and Wellness Branch de Health and Community Services de Terre-Neuve-et-Labrador. CHANNAL est parrainée par son agence intermédiaire, soit l'Association canadienne pour la santé mentale, division de Terre-Neuve-et-Labrador. CHANNAL a une excellente relation de travail avec l'association qui la parraine et a entrepris les démarches pour devenir un organisme indépendant avec l'assentiment et les conseils de l'ACSM. Nous prévoyons achever ce changement de statut d'ici deux ou trois ans. Nous avons entrepris de nous doter d'une solide infrastructure et de notre propre régime de gouvernance.

CHANNAL offre des groupes de prise en charge de soi avec le soutien des pairs dans six régions de Terre-Neuve-et-Labrador. Chaque région bénéficie des services d'un coordonnateur régional qui relève du gestionnaire du retour à l'autonomie de CHANNAL. Les coordonnateurs régionaux sont des chefs d'équipe bénévoles qui reçoivent une petite allocation étant donné la quantité importante de travail qu'ils fournissent. Le seul employé rémunéré de CHANNAL à l'heure actuelle est le gestionnaire du retour à l'autonomie. Je donnerai d'autres détails sur cette situation plus loin dans mon exposé.

CHANNAL a pour but de mettre en œuvre et de renforcer des initiatives de prise en charge de soi chez les personnes qui vivent avec des problèmes liés à la santé mentale; d'accroître la participation des pairs consommateurs-survivants à la réforme de la santé mentale; de sensibiliser le public aux questions

to offer social and emotional support through self-help; to offer skill-building opportunities; and to offer a forum for consumer-survivor concerns. Why self-help? People involved with their peers within self-help groups take on a proactive approach towards managing their problems and finding solutions. The focus is on wellness and not illness, on ability and not disability, on becoming at ease with one's limitations and not remaining diseased within one's limitations, on focusing on the beginning of the recovery process and not on remaining stagnant within one's misery. It is about gaining the energy to have choice once again and setting about to plant the seeds of choice to enable the consumer-survivor once more to feel alive.

Often the question is asked, "What can CHANNAL do for me?" The answers are many. CHANNAL provides a voice that is connected within the community, beginning within the self-help group itself; to the voice that is heard through CHANNAL's associations and affiliations with our community partners, regionally, provincially and nationally; to the offering of support to one another while increasing members' personal independence, and eventually the discouragement of over-dependence on the mental health system; to the forum of communication that acts as a means to exchange ideas; to the opportunity to educate the public about mental health issues; and to the member networking that can truly help when we need it and is as close as the nearest phone call or email away.

Common elements of best practice in self-help programs are practiced throughout CHANNAL. Support is focused on peer support and mutual aid. Psychiatric consumer-survivors have decision-making powers over program design, evaluation and development. The program is guided by a value system that places importance on experiential expertise. Programs are respectful and inclusive. Emphasis is on commonalities rather than on differences. The program instills a sense of ownership, is consumer-focused, consumer-centered and consumer-driven. The program provides opportunities for leadership and supports leadership development through training. The program is recovery- and capacity-focused, and challenges low expectations. Information and education empowers decision-making. Programs help consumers to set and achieve personal goals. Programs are designed by participants and responsive to changing needs. Programs emphasize strengths and health versus illness and disability orientation. Expectations are clearly communicated and understood. There is a sense of belonging, mastery, independence and generosity. There is full and meaningful participation. There is community integration,

pertinentes pour les consommateurs de services de santé mentale; de défendre les intérêts des personnes atteintes de troubles mentaux; d'offrir un soutien social et émotionnel grâce à la prise en charge de soi; d'offrir des possibilités d'acquisition de compétences et d'offrir une tribune aux consommateurs-survivants pour qu'ils puissent exprimer leurs préoccupations. Pourquoi la prise en charge de soi? Les personnes qui interagissent avec leurs pairs au sein de groupes de prise en charge de soi adoptent une approche volontariste à la gestion de leurs problèmes et à la recherche de solutions. L'accent est mis sur le bien-être et non pas sur la maladie, sur les aptitudes et non les capacités, sur l'acceptation de ses limites plutôt que de vivre diminué à l'intérieur du carcan de ses limites, de se concentrer sur le début du processus de rétablissement au lieu de rester stagnant, prisonnier de sa détresse. Le but, c'est de retrouver l'énergie d'exercer de nouveau sa liberté de choix et de redonner au consommateur-survivant le goût d'exercer ses choix et de se sentir à nouveau vivant.

Quand on pose la question : « Que peut faire CHANNAL pour moi? », on obtient des réponses très diverses. CHANNAL offre une voix enracinée dans la collectivité, en commençant par le groupe de prise en charge de soi lui-même; cette voix s'est faite entendre par l'entremise des associations et des partenaires communautaires affiliés à CHANNAL au niveau régional, provincial et national; CHANNAL permet aux uns et aux autres de se soutenir mutuellement tout en accroissant l'autonomie individuelle des membres et en décourageant en bout de ligne la surdépendance envers le système de santé mentale; CHANNAL sert de tribune de communication où peuvent s'échanger des idées; CHANNAL permet de sensibiliser le public aux enjeux liés à la santé mentale; CHANNAL favorise le réseautage des membres qui peut réellement nous aider quand nous en avons besoin et qui permet de les rejoindre rapidement par téléphone ou par courriel.

CHANNAL a adopté les pratiques exemplaires communes aux programmes de prise en charge de soi. L'accent est mis sur le soutien des pairs et l'entraide. Les consommateurs-survivants de services psychiatriques ont le pouvoir d'infléchir la conception, l'évaluation et la mise en œuvre du programme. Ce dernier repose sur un système de valeurs qui attache une grande importance au savoir-faire expérientiel. Le programme est respectueux et inclusif. L'accent est mis sur la communauté d'intérêts plutôt que sur les différences. Il instille un sentiment de propriété, il est axé sur les consommateurs et leurs besoins. Il comporte une formation qui permet d'acquérir des qualités de leadership. Le programme vise à favoriser le retour à la santé mentale, met l'accent sur l'acquisition de capacités et décourage les sentiments d'impuissance. L'information et l'éducation favorisent la capacité de prendre des décisions. Le programme aide les consommateurs à se fixer des objectifs personnels et à les atteindre. Le programme est conçu par les participants et est adapté à leurs besoins changeants. Le programme met l'accent sur les points forts et la santé plutôt que sur la maladie et l'incapacité. Les attentes sont expliquées clairement et comprises. Le programme favorise les

avoiding ghettos. Programs are resourceful and creative with limited resources. There are diverse visions for mental health care — thinking outside of the box.

The values of psychiatric peer support programs are as follows: respect for all viewpoints, inclusion and acceptance, faith and trust in others, and a sense of belonging; representation, engagement and collaboration; empathy and compassion; hope; education; recognition of trauma and health; spirituality; determinant of health; concept of recovery, people can get better; making it a human issue; “We have to name it, to claim it, to tame it”; recognition of the value of our experiential knowledge; going beyond the biomedical definition and social components; value abilities, creativity, skills of persons with mental illness and not the diagnosis — value the person as a whole; and proactive, responsive and self-determined.

I wanted to add another value that came out of the World Health Assembly, if you would like to write this down: Nothing about us without us. We need to be at the table.

The emerging issues of psychiatric consumer-survivors within Newfoundland and Labrador — Suggestions for consideration in reference to the third report that was filed by the Senate: The emerging issues that I present here are taken from direct feedback from our CHANNAL constituents. I have chosen to put them into the three categories that were suggested on the earlier questionnaire sent out from this Senate committee. The three areas are health services, support services and discrimination. As well, these issues are presented in the context of the work that is currently being done by mental health stakeholders in the province in terms of the Provincial Mental Health Strategy. They speak to the high need for increased mental health community supports within Newfoundland and Labrador, and in particular, in the outlying rural areas of this province. This Provincial Mental Health Strategy highlights that in order to meet the needs of individuals with mental health issues, this framework has to consider and involve psychiatric consumer-survivors and family members — family is not necessarily family of origin, family is also friend or community, self-help support groups, generic community services and activities such as churches, social and recreation groups, as well as income, housing, education and employment groups. It also emphasizes that a mental health and addictions plan for Newfoundland and Labrador needs to be

sentiments d'appartenance, de maîtrise, d'autonomie et de générosité. Chacun peut participer pleinement et de façon significative. Le programme favorise l'intégration communautaire de façon à éviter la ghettoïsation. Les participants au programme sont débrouillards et pleins d'inventions lorsqu'il s'agit d'optimiser des ressources limitées. Les soins de santé mentale sont novateurs — les idées reçues sont écartées.

La valeur des programmes psychiatriques axés sur le soutien des pairs tient au fait que tous les points de vue sont respectés; qu'ils favorisent des sentiments d'inclusion et d'acceptation, de confiance dans les autres et d'appartenance; qu'ils misent sur la représentation, l'engagement et la collaboration, l'empathie et la compassion, l'espoir, l'éducation, la reconnaissance des traumatismes et de la santé, la spiritualité, les déterminants de la santé, le retour à la santé, la possibilité pour chacun de se rétablir, la personnalisation de la santé mentale : « Nous devons nommer la maladie mentale, l'assumer, la dompter », la reconnaissance de la valeur des connaissances expérientielles, le dépassement de la définition biomédicale et des composantes sociales, l'appréciation des capacités de chacun, de la créativité et des compétences des personnes atteintes de maladie mentale au lieu d'être obnubilés par le diagnostic — il faut apprécier la personne dans son intégralité; ils sont volontaristes, adaptés et autodéterminés.

J'aimerais ajouter à cela une autre qualité issue des délibérations de l'Assemblée mondiale de la santé, si vous voulez la noter : rien pour nous sans nous. Nous devons être partie prenante.

Les questions d'actualité qui intéressent les consommateurs-survivants de soins psychiatriques à Terre-Neuve-et-Labrador — suggestion à prendre en considération dans le contexte du troisième rapport déposé par le Sénat : les questions d'actualité que je présente ici reflètent directement les commentaires faits par la clientèle de CHANNAL. J'ai décidé de les regrouper en trois catégories compte tenu du questionnaire distribué plus tôt par votre comité. Les trois catégories sont les services de santé, les services de soutien et la discrimination. En outre, ces questions sont présentées dans le contexte du travail que font actuellement les divers intervenants en matière de santé mentale de la province en ce qui a trait à la Stratégie provinciale en matière de santé mentale. Les répondants ont fait état de la nécessité d'accroître les soutiens communautaires en santé mentale à Terre-Neuve-et-Labrador et plus particulièrement dans les régions rurales éloignées. Cette stratégie provinciale en santé mentale postule que pour répondre aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux, ce cadre doit tenir compte des besoins des consommateurs-survivants de soins psychiatriques et des membres de leur famille et les associer aux traitements — la famille ne désigne pas nécessairement la famille d'origine mais aussi les amis ou la collectivité, les groupes de prise en charge de soi, les services et les activités communautaires

found and implemented. We are at that place where we are looking at that with this Mental Health Strategy.

Although the provincial plan highlights one aspect of the community resource model, the mental health system, there is a clear indication that the system has to be integrated and partnerships formed with the entities mentioned, as this integration will serve to enhance the recovery of persons living with mental illness.

William Anthony at the Center for Psychiatric Rehabilitation at Boston University — out of Boston's Psycho-social Rehabilitation Model — defined recovery in 1993 as follows:

Recovery... is a way of living a satisfying, hopeful and contributing life, even with limitations caused by illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one's life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness.

Now I will speak to the three components — health services, supports and discrimination.

Health Services: The members of CHANNAL expressed a need for added case managers, community support workers including trained peer support workers, more doctors, more health care clinics, increased early psychosis intervention programs, increased education and prevention workshops for teens to reduce bullying and suicides and added short stay assessment units similar to the short stay unit in St. John's — the shot in the arm that we need here in Newfoundland and Labrador, and addresses the link to mental illness and addictions and the need for an increased program for mental health and addiction services and more generic community-based health care.

Support services: The members of CHANNAL expressed a need for more affordable housing; fewer barriers to receiving educational and vocational services; and increased wage earning allowances while receiving social income supports. Members state that they are caught in the system due to the needed benefits for medication allowances. Therefore, one is hesitant to stop income allowances as stopping income allowances has a direct impact on also having medication benefits stopped. People are afraid to come off their benefits because the income they would make out in the real work world would not allow them to afford the \$1,500 a month for medication alone.

CHANNAL expressed a need for Capacity-building, that is skill-building within CHANNAL by means of peer support skills training. There is a need for such within the funding to put in place a staff complement of peer support workers that earn equal

généraux tels ceux offerts par les Églises, les groupes sociaux et récréatifs ainsi que les groupes qui offrent des services de soutien en matière de revenu, de logement, d'éducation et d'emploi. La stratégie fait aussi état de la nécessité d'élaborer et de mettre en œuvre à Terre-Neuve-et-Labrador un plan de promotion de la santé mentale et de lutte contre les toxicomanies. Voilà quelles sont les ambitions de la Stratégie en matière de santé mentale.

Bien que le plan provincial ne reprenne que l'un des aspects du modèle des ressources communautaires, le système de santé mentale, il y a tout lieu de croire que le système devra être intégré et qu'il faudra former des partenariats avec les entités mentionnées puisque cette intégration contribuera à favoriser le rétablissement de personnes atteintes de maladies mentales.

William Anthony du Center for Psychiatric Rehabilitation à l'Université de Boston a défini comme suit le rétablissement en 1993 dans le contexte du modèle de réadaptation psychosociale :

Rétablissement[...] permet d'avoir une vie satisfaisante, remplie d'espoir et productive malgré les limites résultant de la maladie. Le rétablissement implique que l'on trouve un nouveau sens et un nouveau but à notre vie lorsqu'on a réussi à surmonter les effets catastrophiques d'une maladie mentale.

Je vais maintenant commenter les trois éléments — les services de santé, les soutiens et la discrimination.

Services de santé : les membres de CHANNAL ont dit qu'il fallait augmenter le nombre de gestionnaires de cas, de préposés au soutien communautaire y compris des travailleurs formés au soutien des pairs, des médecins, des cliniques de soins de santé, des programmes d'intervention précoce dans le traitement de la psychose, les efforts de sensibilisation et les ateliers sur la prévention pour les jeunes qui se replient sur l'intimidation et le suicide, des unités d'évaluation de courte durée semblables à l'unité de soins de courte durée à St. John's — le ballon d'oxygène dont nous avons besoin ici à Terre-Neuve-et-Labrador; les répondants ont aussi parlé du lien entre la maladie mentale et les toxicomanies et de la nécessité d'intensifier les efforts de promotion de la santé mentale et de lutte contre les toxicomanies et d'accroître les services de santé communautaires accessibles à tous.

Services de soutien : les membres de CHANNAL ont dit qu'il fallait davantage de logements abordables, réduire les obstacles qui limitent l'accès aux services d'éducation et de formation technique et augmenter les subventions salariales pendant la durée de versement de prestations de soutien du revenu. Les membres ont dit qu'ils sont prisonniers du système s'ils veulent recevoir une indemnité pour les médicaments. Ainsi, ils hésitent à renoncer aux indemnités de revenu puisqu'il faudrait du même coup renoncer aux indemnités pour les médicaments. Les gens craignent de renoncer à leurs prestations parce que le revenu qu'ils pourraient gagner sur le marché du travail ne leur permettrait pas de se payer les 1 500 \$ par mois que coûtent leurs médicaments.

CHANNAL a exprimé le besoin de renforcer les capacités, c'est-à-dire le renforcement des compétences de CHANNAL au moyen de l'acquisition de compétences au sein de groupes de soutien par les pairs. Il est impératif de prévoir du financement

pay for equal work. To this end, the idea of voluntary leadership will be recognized still for what it is — volunteers assisting paid peer support workers within the program. A program is operating in Ontario, and I know it can happen here, but it requires more funding and a lot of training. Currently, our volunteer leaders, which include our regional coordinators, are contracted to work eight hours per week. However, in reality, they work an average of a 40-hour week. These hours are built up by the nature of the need that exists, particularly in the areas of outreach, lobbying, facilitating and administration. Government needs to recognize that they have created a voluntary workforce that now needs to move into a paid workforce, and that funding into the community needs to address this issue.

Discrimination: Continue to develop and deliver reduce-stigma campaigns targeted towards the public as well as health care providers, front-line workers including police, fire and ambulance workers, and also government and private sector workers. Recognize that the justice system needs to continue to deliver the Mental Health Court pilot project and Community Support Services project here in this province that has started.

In conclusion, I will address lifting the stigma of mental illness, and I will quote Ralph Nader.

To go through life as a non-citizen would be to feel that there's nothing you can do, that nobody's listening, that you don't matter. But to be a citizen is to enjoy the deep satisfaction of seeing the prevention of pain, misery and injustice.

Many people living with a mental illness are treated as non-citizens and are the victims of stigmatizing and discriminatory terms used within society to describe psychiatric consumer-survivors. A consumer is a person, by the way, who is consuming, or using the system, as a consumer would consume a bag of potato chips. However, we are classified as psychiatric survivors. A survivor is a person who has been through the mental health system, perhaps is continuing with the mental health system, but is surviving and has started the road to recovery. That is our definition.

The mental health care system has been changing from institutional to a community-based system where treatment and support is provided close to home. This treatment and support includes help to find appropriate housing, to obtain gainful employment and to access social supports that are important to one's well-being. With support from the community, psychiatric consumer-survivors can lead meaningful lives with jobs, homes, social supports and the opportunity to contribute to their

pour se doter de personnel complémentaire au travail effectué par les groupes de soutien par les pairs qui gagneraient un salaire égal pour un travail égal. À cette fin, l'initiative volontaire serait reconnue pour ce qu'elle est, c'est-à-dire le fait pour des bénévoles d'aider des membres payés de groupes de soutien par les pairs au sein du programme. Un tel programme existe actuellement en Ontario, et je sais qu'on peut faire de même ici, mais cela nécessite davantage de fonds et beaucoup de formation. À l'heure actuelle, nos dirigeants en matière de bénévolat, qui comptent parmi eux des coordonnateurs régionaux, sont engagés à contrat pour huit heures par semaine. Cela dit, en réalité, ils travaillent en moyenne 40 heures par semaine. Le cumul des heures se fait en raison de la nature du besoin qui existe, notamment en ce qui a trait à la promotion, au lobbying, à la facilitation et à l'administration. Le gouvernement doit par conséquent admettre qu'il a créé une main-d'œuvre bénévole qui a désormais besoin d'être rémunérée, et la solution passe par le financement au sein des collectivités.

Discrimination : Il est impératif de continuer à concevoir et à mener des campagnes pour réduire la stigmatisation axées sur le grand public mais aussi sur les prestataires de soins de santé, les travailleurs de première ligne, y compris les agents de police, les pompiers et les ambulanciers et, enfin, sur les employés des secteurs public et privé. Il faut en outre reconnaître que le système de justice doit poursuivre le projet-pilote de tribunal de la santé mentale et le projet des services de soutien communautaire que la province a commencé.

Je terminerai par une citation de Ralph Nader qui a trait à l'élimination de la stigmatisation de la maladie mentale :

Passer sa vie en tant que non-citoyen, c'est avoir l'impression qu'on ne peut rien faire, que personne n'écoute et qu'on ne compte pas. Par contre, être citoyen, c'est jouir de la satisfaction profonde de voir la prévention de la douleur, de la misère et de l'injustice.

Bien des gens souffrant d'une maladie mentale sont traitées comme des non-citoyens et sont victimes de la stigmatisation et de la discrimination que la société utilise pour décrire les consommateurs-survivants des services psychiatriques. À ce propos, le consommateur est une personne qui consomme, c'est-à-dire qui utilise le système tel un consommateur ordinaire qui achèterait un sac de chips. Dans notre cas, nous sommes considérés comme des survivants psychiatriques. Le survivant est une personne qui a vécu l'expérience du système de santé mentale, et qui continue peut-être de recevoir des services de santé mentale, mais qui est néanmoins une survivante en voie de guérison. Voilà notre définition.

Le système de soins de santé mentale est passé du contexte institutionnel à un système communautaire où le traitement et le soutien sont fournis près de chez-soi. Ces traitement et soutien consistent notamment à aider la personne concernée à trouver un logement, à trouver un emploi rémunérateur et à avoir accès à des mécanismes de soutien social qui sont importants pour son bien-être. Grâce au soutien de la communauté, les consommateurs-survivants psychiatriques peuvent mener une vie

community. One of our other sayings is, "We need a home, we need a friend, we need a job." It is the hierarchy of need for any human being. Today I thank you for letting me present.

The Chairman: Joan, thank you very much for that. There are lots of things we would like to discuss. We will turn next to Ian's participation.

Mr. Shortall: Thank you. Good afternoon again, Senator Kirby. Also, I would like to welcome you and your delegates to our province.

I have been a social worker working with children and youth for the last 19 years. In the last six years, I have been the Division Manager of a program called Brief Rapid Intervention Directed at Gaps in Existing Services, BRIDGES, which I will tell you about shortly.

In the spring of 1998, the Mental Health Program began to explore and review whether existing mental health resources should be reorganized to improve the service continuum for the older adolescent. By older adolescent, we refer to adolescents 16 to 20 years of age. A proposal had been submitted to the Department of Health on behalf of the Mental Health Program, with endorsement from the Health Care Corporation — that was the name of our organization at the time — now known as Eastern Health, with support from the senior management team. Particular emphasis was placed on the need for a separate inpatient unit for adolescents in the age range of 16 to 20 years. However, the capital funding required to build the recommended eight- to ten-bed unit at the time was never achieved.

A second aspect of that continuum, as outlined in the proposal, was the need to, one, improve emergency department services; and two, to strengthen linkages with the community. It was further suggested that if current emergency room services were to be reorganized, the result could mean, for clients of the Mental Health Program, more effective intervention and appropriate admissions, as well as timely follow-up in the community. These services are something that certainly in this region and other parts of the province have been severely lacking for many years.

The Mental Health Program has a mandate to provide psychiatric and mental health services to the older adolescent population. All too often, the interventions required to either resolve a crisis or prevent an admission into a hospital were rarely, if ever, available when most needed by the young person.

The waiting lists for adolescent mental health services in the St. John's region tend to vary significantly. The wait can range anywhere from 3 to 12 months, and most recently, I checked this for the purposes of this discussion today, it averages about 11 months. This time, of course, depends on the type of service required and the kind of guidance needed. There were only 4.5 full-time equivalent positions allocated for adolescent mental

constructive en ayant des emplois, des foyers, des mécanismes de soutien social et la possibilité de contribuer à la communauté. Nous avons un autre dicton, dont voici la teneur : « Nous avons besoin d'un chez-nous, d'un ami, d'un emploi. » C'est la hiérarchie des besoins de tout être humain. Aujourd'hui, je veux vous remercier de m'avoir laissée faire une déposition.

Le président : Joan, merci infiniment pour cet exposé. Il y a bien des choses dont nous aimerions discuter. Nous allons maintenant donner la parole à Ian.

M. Shortall : Merci. Rebonjour, sénateur Kirby. J'aimerais moi aussi vous souhaiter la bienvenue ainsi qu'à vos délégués dans notre province.

Je suis travailleur social auprès des enfants et des jeunes depuis 19 ans. Au cours des six dernières années, j'ai été gestionnaire de division d'un programme qui s'appelle Brief Rapid Intervention Directed at Gaps in Existing Services, BRIDGES, dont je vais vous parler dans un instant.

Au printemps 1998, le Programme de santé mentale a commencé à étudier la question de savoir si les ressources existantes en matière de santé mentale devraient être recensées afin d'améliorer l'éventail de services offerts à l'adolescent d'âge avancé. Par adolescent d'âge avancé, nous entendons les adolescents dont l'âge se situe entre 16 et 20 ans. Une proposition a été faite au ministère de la Santé au nom du Programme de santé mentale, avec l'aval de la Health Care Corporation — notre organisation s'appelait ainsi à l'époque — qui porte désormais le nom de Eastern Health, et avec les soutien des cadres supérieurs. Un accent particulier a été mis sur la nécessité de créer une unité d'hospitalisation distincte pour les adolescents dont l'âge se situe entre 16 et 20 ans. Toutefois, la mise de fonds nécessaire pour construire l'unité de huit à dix lits recommandée à l'époque n'a jamais été assurée.

Un deuxième aspect de cet éventail, tel qu'il a été décrit dans la proposition, était la nécessité, d'une part, d'améliorer les services d'urgence et, d'autre part, de renforcer les liens avec la communauté. On a de plus avancé que si les services d'urgence actuels étaient réorganisés, cela pourrait se traduire, pour les clients du Programme de santé mentale, par des interventions plus efficaces, des admissions plus appropriées et un meilleur suivi au sein de la communauté. Ces services font gravement défaut dans la région et dans d'autres parties de la province depuis de nombreuses années maintenant.

Le Programme de santé mentale a pour mandat de fournir des services psychiatriques et de santé mentale aux adolescents d'âge avancé. Trop souvent, les interventions requises pour soit résoudre une crise ou éviter une hospitalisation étaient rares, sinon inexistantes, quand les jeunes personnes en avaient le plus besoin.

Les listes d'attente pour obtenir des services de santé mentale pour les adolescents dans la région de St. John's ont tendance à varier considérablement. En effet, le délai d'attente peut varier entre 3 et 12 mois, et j'ai vérifié tout récemment en prévision de la discussion d'aujourd'hui, et j'ai appris que la moyenne était d'environ 11 mois. Bien entendu, le délai varie selon la nature du service et de la consultation. J'ai également appris qu'il y avait à

health services, and that includes an age range from 13 to 21 years. Furthermore, an adolescent-specific outpatient program that includes psychiatric services with an adolescent focus does not exist anywhere in this region. All our services tend to be fragmented, and there was no model of service that included a full teen complement.

The BRIDGES program was created as a pilot project of the Mental Health Program. The time frame for this pilot project was June, 2001 to June, 2002. The service was designed to be responsive to and directly linked to the Mental Health Program, and that included the areas of the inpatient service as well as to the psychiatric ER.

The objectives were to offer rapid and developmentally appropriate outpatient service to the older adolescent who is experiencing an acute psychiatric or mental health crisis or illness.

The second objective was to provide support and follow-up to clients from the inpatient and outpatient areas of the Mental Health Program. This support and follow-up included referrals from psychiatrists and the psychiatry division of the emergency department.

A third objective was to assist young persons, with the support of their family, in overcoming their crisis situation.

The final objective was to provide case management to youth diagnosed with an acute mental illness that required multi-agency support and collaboration. Until that point, case management services in this region, as well as in many others, were available only to adolescents who were 18 or older.

The services from the program include a rapid response, within 72 hours of the initial referral for mental health outpatient intervention, for individuals and families who were deemed to be appropriate to require brief intervention. The interventions included anywhere from one to six sessions, depending on the need and depending on whether the client decided to continue with that service. Progress is regularly reviewed at team meetings. Psychiatric consultation is available to clients taking part in the program at the request of team members. Right now, all we have is three hours a week in the community program where we can access psychiatric consultation, so it is not nearly enough. Finally, brokerage services are provided to help link clients to existing resources in the community.

The clinical team is comprised of two social workers, one psychologist, one nurse intake coordinator who is also a case manager, and one .5 full-time equivalent occupational therapist.

Since 2001, the program has received over 1,400 referrals, the majority of which have come from St. John's and other areas of the Avalon Peninsula. Interestingly, about 50 per cent of these

peine 4,5 postes équivalents temps plein affectés aux services de santé mentale pour les adolescents, et cela comprend les adolescents dont l'âge se situe entre 13 et 21 ans. D'autre part, il n'existe plus dans la région de programme pour patients externes axé spécifiquement sur les adolescents qui comprend les services psychiatriques. Tous nos services ont tendance à être fragmentés, et je n'ai pas trouvé de modèle de service qui comportait un volet exhaustif axé sur les adolescents.

Le programme BRIDGES a été lancé à titre de projet pilote sous la houlette du Programme de santé mentale. Il a duré de juin 2001 à juin 2002. Le service a été conçu de sorte qu'il réponde bien aux besoins et qu'il soit directement lié au Programme de santé mentale, y compris en ce qui a trait au service d'hospitalisation et au service d'urgence psychiatrique.

On visait à offrir des services externes rapides et adaptés au développement des adolescents d'âge avancé souffrant de crise ou de maladie psychiatrique ou mentale aiguë.

Le deuxième objectif consistait à assurer soutien et suivi aux clients des services d'hospitalisation et externes du Programme de santé mentale. Ces services de soutien et de suivi comprenaient notamment les recommandations de psychiatres et de la division psychiatrique du département d'urgence.

Le troisième objectif était d'aider des jeunes personnes, avec le soutien de leur famille, à surmonter les crises.

Le dernier objectif était d'assurer la gestion de cas pour les jeunes dont le diagnostic avait révélé une maladie mentale aiguë qui nécessitait un soutien et une collaboration multiorganisationnels. Jusqu'alors, les services de gestion de cas dans cette région, ainsi que dans bien d'autres régions, n'étaient offerts que dans le cas des adolescents de 18 ans ou plus.

Les services prévus dans le cadre du programme comprennent un service d'intervention rapide, dans un intervalle de 72 heures à partir de la recommandation initiale d'hospitaliser le patient souffrant de maladie mentale, dans le cas des personnes et des familles dont on estimait qu'il était approprié qu'elles subissent une brève intervention. Les interventions duraient entre une et six sessions, selon le besoin et selon que le client décide de continuer le traitement ou pas. Les progrès sont régulièrement examinés lors des réunions d'équipe. La consultation psychiatrique est possible pour les clients inscrits au programme à la demande des membres de l'équipe. À l'heure actuelle, l'accès à la consultation psychiatrique est limité à trois heures par semaine dans le cadre du programme communautaire, et c'est loin d'être suffisant. Enfin, des services de courtage sont fournis pour aider les clients à trouver des ressources au sein de la communauté.

L'équipe clinique est composée de deux travailleurs sociaux, d'un psychologue, d'une infirmière, qui s'occupent de la coordination des admissions et de la gestion des cas, ainsi que d'un ergothérapeute à temps partiel.

Depuis 2001, le programme a reçu plus de 1 400 patients recommandés pour la plupart de St. John's et des autres régions de la presqu'île Avalon. Il est intéressant de noter

referrals have come from family physicians that actually send an accompanied sort of DSM IV diagnosis. That was not something that we necessarily predicted, but —

The Chairman: What is a DSM IV diagnosis?

Mr. Shortall: That is the standardized diagnosis for mental illnesses. Diagnostic statistical manual, I think it is called.

Common problems or diagnoses that have brought a young person to our program are typical of what you would expect in any other mental health setting, and these things include depression, eating disorders, addictions issues, suicidal behaviours and self-harming behaviours, anxiety problems and psychosis.

The BRIDGES program has provided many benefits to our community, such as improved transition from hospital-based care to follow-up in the community; rapid and short-term counseling while the person is in crisis, as opposed to months later when the problem is nearly resolved or has become more chronic; and an opportunity for family physicians, parents and community professionals to collaborate with a specialized team of experts.

Only a small proportion, though, of youth in need of a service actually ever receive it. Those that do receive help cannot be provided with sufficient treatment time for the more complex treatment issues. A range of programs is not available in most parts of this province that will adequately treat these kinds of disorders. Currently in this region, services are so overextended that long waiting lists have become the norm. There are regions in this province where accessible services for children and youth simply do not exist at all. Where services are available, in places such as central Newfoundland and on the west coast of our province, there are usually long waiting lists. Our rural communities also face the unique challenges of out-migration, which makes it even more difficult to maintain a central base of child and youth mental health services.

I will speak briefly now to some of the strengths that I notice in the report.

First, the roundtable discussion on adolescent disorders references the impact on parents of adolescents living with mental disorders. Unless a parent seeks help from children's protection services, parents are not eligible for any kind of home support. The committee has taken note that in certain conditions, services will require that they be delivered in homes and schools and at flexible times in the day. We strongly support that recommendation.

Second, there is a recognition that children and youth services are grossly underserved, uncoordinated and fragmented across the country. The same holds true in Newfoundland and Labrador. An inter-ministerial strategy involving all government

qu'environ 50 p. 100 de ces patients nous sont recommandés par des médecins de famille qui ont déjà posé une sorte de diagnostic DSM IV. Ce n'est pas quelque chose que nous avions nécessairement prévu, mais...

Le président : Qu'est-ce qu'un diagnostic DSM IV?

M. Shortall : Il s'agit du diagnostic normalisé pour les maladies mentales. C'est le manuel diagnostic statistique, si je ne m'abuse.

Les problèmes ou les diagnostics courants qui font qu'une jeune personne se retrouve dans notre programme sont typiques de ce qu'on s'attendrait à voir dans n'importe quel contexte de santé mentale, y compris la dépression, les troubles alimentaires, la toxicomanie, les comportements suicidaires et les comportements autodommageables, des problèmes d'anxiété et la psychose.

Le programme BRIDGES a apporté beaucoup de bénéfices à notre communauté, notamment la transition améliorée des soins hospitaliers au suivi en communauté, la consultation rapide et à court terme pendant que le patient est en crise plutôt que d'avoir à attendre des mois jusqu'à ce que le problème soit presque résolu ou qu'il soit devenu plus chronique, ainsi que la possibilité pour les médecins de famille, les parents et les professionnels communautaires de collaborer avec une équipe d'experts spécialisés.

Cela étant, seule une infime proportion de jeunes qui ont besoin d'un service y ont accès. Ceux qui reçoivent de l'aide ne bénéficient pas d'un temps de traitement suffisant pour régler les problèmes plus complexes. La plupart des régions de notre province ont besoin de tout un éventail de programmes inexistants pour le moment pour traiter adéquatement ce genre de troubles. À l'heure actuelle, dans notre région, les services sont tellement surutilisés que les longues listes d'attente sont devenues la norme. Pis encore, il y a des régions de la province où des services accessibles pour les enfants et les jeunes n'existent tout simplement pas. Même dans les régions où ces services existent, par exemple dans la partie centrale de Terre-Neuve et sur la côte Ouest de la province, les listes d'attente sont souvent longues. Nos collectivités rurales sont aussi un défi unique en ceci que l'exode rend encore plus difficile le maintien d'une base centrale de services de santé mentale pour les enfants et les jeunes.

Je vais parler maintenant brièvement de certains points forts que j'ai relevés dans le rapport.

Premièrement, la discussion en table ronde sur les troubles des adolescents fait état des effets sur les parents des adolescents vivant avec des troubles mentaux. À moins que les parents cherchent à obtenir de l'aide auprès des services de protection des enfants, ils ne seront admissibles à aucune forme de soutien à domicile. Le comité signale que dans certaines conditions, les services devront être fournis à domicile et dans les écoles, et ce, à différentes heures de la journée. Nous appuyons sans réserve cette recommandation.

Deuxièmement, on reconnaît le fait que les services pour les enfants et les jeunes manquent lamentablement de moyens, de coordination et d'uniformité à l'échelle du pays. La situation est la même à Terre-Neuve-et-Labrador. Une stratégie

departments would be an excellent first step to reorganizing and enhancing children and adolescent mental health services. The model of coordination is a perfect example of an approach that demonstrates the benefits of interagency collaboration towards improving mental health and educational outcomes of individual children.

Third, the notion that one size does not fit all is an extremely important principle to remember. Mental health programs in this province, like many others, are primarily focused on adult populations. The delivery of mental health services to children, youth and families is drastically different and requires specialized training. Adult assessment tools do not work, and adult treatment methods do not work. We also know that adult treatment settings do not work. We have had the experience in this province for some time where a 16-year old can be admitted to a psychiatric hospital and we know that it is not necessarily an appropriate setting. However, for some time we have not had any other place to have that person treated, other than in an adult system. Children do not move at the pace of adults, and we must ensure that we no longer create the types of service models that are adult in focus and that are inappropriate for children and youth.

I would like to add some other suggestions. Number one, primary prevention: Early intervention programs offer important interventions to at-risk youth. The determinants of mental health are based on factors such as poverty, the family environment and support of the community in the child's life. Many children and youth we see would not require as extensive mental health intervention if these determinants were different. The focus on prevention of mental health problems needs strengthening. Populations that should be targeted for primary prevention approaches include children of parents with mental health issues and addictions, children of socially disadvantaged circumstances, children in care and those on child protection caseloads, families at risk for poor parenting, and children and youth at risk for anxiety or coping problems.

The second area where we see the need for improvements is in the area of crisis intervention. In various parts of our province, it can be particularly difficult, especially for smaller centres, where there are few adequately trained staff and where inpatient beds do not exist to stabilize those children and youth who cannot be managed in our communities. We need to establish more mobile crisis response services in each region of our province. This response will be designed to fit the particular geography of that province, of that area and the resource realities in those areas.

We need to provide on-call crisis workers who are affiliated with the Janeway. That is our provincial child health centre. These workers should provide intervention to the St. John's

interministérielle faisant intervenir tous les ministères serait un excellent premier pas vers la réorganisation et le renforcement des services de santé mentale pour les enfants et les adolescents. Le modèle de coordination offre un exemple parfait d'une approche illustrant les avantages de la collaboration interorganisationnelle pour l'amélioration des services de santé mentale et d'éducation dont bénéficient les enfants.

Troisièmement, la notion qu'il n'existe pas de solution universelle est un principe extrêmement important qu'il faut se rappeler. Les programmes de santé mentale dans notre province, et dans bien d'autres, sont axés principalement sur les populations adultes. La prestation de services de santé mentale pour les enfants, les jeunes et les familles, étant radicalement différente, nécessite une formation spécialisée. Les outils d'évaluation des adultes ne fonctionnent pas, pas plus que les méthodes de traitement adultes. Nous savons aussi que les environnements de traitements adultes ne marchent pas. Pendant longtemps dans notre province, un jeune de 16 ans pouvait être admis à un hôpital psychiatrique, alors que nous savons fort bien que ce n'est pas forcément l'environnement qui convient le mieux. Toutefois, depuis un certain temps maintenant, nous avons des endroits pour traiter ces patients en dehors du système adulte. Les enfants n'évoluent pas au même rythme que les adultes, et c'est pourquoi nous devons faire en sorte de ne plus créer le type de modèles de services qui sont axés sur les adultes et qui ne conviennent pas aux enfants et aux jeunes.

J'aimerais vous faire part de quelques suggestions. Premièrement, la prévention primaire : les programmes d'intervention précoce offrent des interventions importantes aux jeunes à risque. Les déterminants de la santé mentale sont fondés sur des facteurs tels la pauvreté, l'environnement familial et les soutiens de la communauté dans la vie de l'enfant. Bien des enfants et des jeunes qui ont affaire à nous n'auraient pas besoin d'une intervention intensive en santé mentale si ces déterminants étaient différents. Il faudrait donc renforcer l'accent sur la prévention des problèmes de santé mentale. Les populations qui devraient être ciblées par les approches de prévention primaire comprennent les enfants de parents souffrant de maladies mentales et de toxicomanie, les enfants issus de milieux défavorisés, les enfants sous tutelle et les enfants visés par des mesures de protection, ainsi que les familles à risque qui manquent de compétence parentale et les enfants et les jeunes à risque en raison de problèmes d'anxiété ou de comportement.

Le deuxième secteur où nous estimons qu'il y a lieu de faire des améliorations est celui des interventions en cas de crise. Dans diverses parties de la province, cela peut être particulièrement difficile, surtout pour les petites localités, où il y a peu de personnel adéquatement formé et où il n'y a pas d'endroit pour hospitaliser et stabiliser les enfants et les jeunes impossibles à gérer. Il faut créer davantage de services mobiles d'intervention en cas de crise dans chaque région. Le mode d'intervention devra être adaptée à notre géographie et à celle de la région ainsi qu'aux moyens qui y existent.

Il faut fournir des intervenants sur demande affiliés avec le Janeway. C'est notre centre provincial de soins des enfants. Ces intervenants couvriraient la région de St. John's et pourraient être

region and consultation to other regions of the province. In terms of acute care, this summer there will be only three hospital beds open for youth for the entire province, and at least two of these beds will likely be filled by adolescents with eating disorders.

An effective acute care system should consider all areas of the child's life. Services that are specifically designed to provide mental health services must be linked with a range of services that can support the child through an acute episode of illness. A full range of services would include things like day treatment programs, flexible school programs where you have components of day treatment and the regular classroom where children who have behavioral disturbances could be integrated and given the support they need in the classroom. Right now, nothing like that exists. We have one separate school classroom that is not necessarily directly linked to a mental health service, but has to go outside and request those services.

We need dedicated beds that are specifically for older adolescents. That is something that is actually in the developmental stages now in our province, which we have advocated for a long time.

We need to use more technology, telepsychiatry, which is something that we tried a few years ago with good results, but have not been able to sustain the funding to carry that forward. We hope now with the new Provincial Mental Health Strategy that it will be something we can do.

Home-based and outreach services: Children and youth who require health services often have need for support and assistance in many areas of their lives. An effective system would address the needs of the "whole" person. The approach to address such needs requires both home-based and outreach services: things like community recreation programs that are available to children who are socially disadvantaged that are easy to access; an intake point that avoids the system gridlock — we find that many times people are caught in the administrative gridlock of deciding who is appropriate for what service and we need to better coordinate that as a collective group; communications systems that enable service providers to access information; and better coordinated plans of care that encourage communication between the specialized services, schools and families.

For residential service options, we need support of living arrangements that include provisions for home support and case management services; residential treatment centres for particular populations of people who are difficult to serve; supportive housing for youth with mental illnesses — we have nothing set up specifically for youth who are in crisis who have mental illnesses, apart from hospital admissions, it is done on an ad hoc basis, and usually in times of emergency; and addiction services that are specifically designed for youth.

Finally, we need more specialized services. Tomorrow, you will hear more about another program called the Early Psychosis Program that is very specialized and that is geared primarily toward youth, but can involve other age groups. We need to develop more regional specialized services so that each area of the province has more access to satellite kinds of services.

consultés par d'autres régions. Pour les soins actifs, cet été, il n'y aura que trois lits d'hôpitaux pour les jeunes pour toute la province et au moins deux de ceux-là seront occupés par des adolescents atteints de troubles de l'alimentation.

Un système efficace de soins actifs doit englober tous les secteurs de la vie de l'enfant. Des services expressément conçus pour soigner la santé mentale doivent être reliés à une gamme de services capables d'aider l'enfant au moment d'une crise aiguë. Un éventail complet de services doit comprendre des choses comme des programmes de traitement de jour, des programmes scolaires variables qui comportent des éléments de traitement de jour et de classe normale où les enfants atteints de troubles de comportement peuvent être intégrés et obtenir l'aide dont ils ont besoin. Rien de cela n'existe actuellement. Nous n'avons qu'une seule salle de classe distincte qui ne relève pas forcément d'un service de santé mentale; il faut donc s'adresser à l'extérieur pour obtenir des services.

Il nous faut des places réservées aux adolescents plus âgés. C'est quelque chose que nous réclamons depuis longtemps et qui est actuellement au stade de développement.

Il faut recourir davantage à la technologie, à la télépsychiatrie; nous en avons fait l'essai et obtenu de bons résultats il y a quelques années, mais le financement a manqué pour poursuivre l'expérience. Nous espérons que la nouvelle stratégie provinciale pour la santé mentale nous y aidera.

Les services à domicile et les services externes. Les enfants et les jeunes qui ont besoin de services de santé ont souvent besoin d'aide et d'assistance dans beaucoup de domaines de leur vie. Un programme efficace répondrait aux besoins de toute la personne. Il faut pour cela des services à domicile et externes : des programmes de loisirs locaux faciles d'accès pour les enfants démunis; un point d'entrée qui évite le blocage du système — trop souvent, les gens sont pris dans un blocage administratif quand vient le moment de décider qui est approprié pour quel service et il faut mieux coordonner cela comme groupe collectif; des systèmes de communication qui permettent aux fournisseurs de services d'avoir accès à l'information; et des plans mieux coordonnés de soins qui encouragent la communication entre les services spécialisés, les écoles et les familles.

Pour les options de services à domicile, il nous faut du soutien des modes de vie qui inclut la fourniture d'aide à domicile et de services de gestion de cas; des centres de traitement à domicile pour des populations difficiles à desservir; du logement auxiliaire pour les jeunes atteints de maladie mentale — nous n'avons rien qui existe expressément pour les jeunes en crise atteints de maladie mentale, sauf l'hospitalisation, ça se fait de façon ponctuelle, habituellement en situation de crise; et des services de traitement des dépendances conçus expressément pour les jeunes.

Enfin, il nous faut des services plus spécialisés. Demain, on vous parlera davantage d'un programme de lutte contre la psychose précoce, très spécialisé, qui vise d'abord les jeunes mais s'adresse aussi à d'autres catégories d'âge. Il faut mettre sur pied davantage de services régionaux spécialisés pour que chaque région de la province ait mieux accès à des services satellites.

We need to increase opportunities for access to psychiatric consultation. This is something that is desperately needed, particularly in the area of children and youth; that children or youth should not have to wait as long as they do for a psychiatric assessment. Sometimes it requires only a consultation, and the work then is done by a mental health professional, together with the family, but right now, that is difficult often to access unless there is an absolute emergency situation.

We need to be flexible about our beds in hospitals so that we do accommodate people with mental health problems in other areas, in general hospitals.

Finally, our program is based on a strength model. By that I mean that we try to work with people from the beginning by getting input from the youth around what they are there for, even if the referral source has said to us, this is the reason why they think they need help. We have been clear that we solicit their input right from the beginning, and we do that in a number of ways: with questionnaires and with what we call session rating scales so that after every session the youth gets a chance to give feedback to the client, so it is much more of a reciprocal relationship.

The Chairman: Ian, I was struck by when you described your services team — two social workers, a psychologist and so on — that team does not include a psychiatrist, correct?

Mr. Shortall: Initially, it did, and then that psychiatrist moved from the region. Of course, we have difficulty at times replacing psychiatrists and bringing them into the province. Another psychiatrist was recruited, but part of that person's responsibilities involves working in one of the hospital settings, and right now, we have access to the psychiatrist for three hours, one afternoon a week, for clients who are seen by other members of our team. Formerly, we had access to a psychiatrist.

The Chairman: Do you have access to a larger number of clinical psychologists and social workers who do counselling and that kind of thing? I would have thought they were easier to get time with than psychiatrists.

Mr. Shortall: Yes, it depends. From program to program it varies. In this region, we probably have more children and youth services than the other region, but the numbers are low.

The Chairman: By this region, you mean the eastern region?

Mr. Shortall: The eastern region, and primarily the services are in St. John's. For example, there is a program similar to mine that sees children from the ages of around 2 to 21, and in that program there may be a full complement of about 13 psychologists and social workers. Of course, this region alone has around 180,000 people, so that program frequently has a waiting list.

The Chairman: Can you help us on the use of both words and ages? You talked about children, you talked about youth, you talked about adolescents and you talked about adults. The only reason I ask is in the report we will have to specify a term and an age. We have found across the country that in some places a child is 16 and under, for children's services, and some places children

Il faut améliorer les possibilités d'accès aux consultations psychiatriques. Le besoin est particulièrement criant, surtout pour les enfants et les jeunes; ils ne devraient pas avoir à attendre aussi longtemps qu'ils le font pour subir une évaluation psychiatrique. Parfois, il suffit d'une consultation, le travail étant ensuite fait par le psychiatre avec l'aide des membres de la famille; actuellement toutefois, c'est une chose difficile à moins qu'il s'agisse d'une urgence absolue.

L'hospitalisation doit être flexible pour pouvoir recevoir en milieu général des personnes souffrant de troubles mentaux.

Enfin, notre programme repose sur la force. Je veux dire par là que nous essayons de travailler dès le début avec des gens en demandant l'avis des jeunes, pourquoi ils sont là, même si la personne qui nous l'a référé nous a dit pourquoi à son avis le malade a besoin d'aide. Nous disons d'entrée de jeu que nous leur demandons leur avis; nous employons divers moyens : des questionnaires et des échelles d'évaluation de la séance pour qu'après chacune d'elles le jeune puisse faire part de ses réactions, ce qui établit une réciprocité beaucoup plus grande.

Le président : Ian, j'ai été frappé quand vous avez décrit votre équipe de services — deux travailleurs sociaux, un psychologue et ainsi de suite — or l'équipe ne comprend pas de psychiatre, n'est-ce pas?

M. Shortall : Au début, oui, puis le psychiatre a déménagé. Évidemment, il est parfois difficile de remplacer les psychiatres et de les faire venir ici dans la province. Un autre a été recruté, mais il devait aussi travailler en milieu hospitalier. Actuellement, nous pouvons nous prévaloir de ses services pendant trois heures, un après-midi par semaine, pour les clients qui sont vus par d'autres membres de l'équipe. Avant, nous avions un psychiatre.

Le président : Avez-vous accès à un plus grand nombre de psychologues cliniques et de travailleurs sociaux qui font du counseling et ce genre de choses? J'aurais cru qu'ils seraient plus disponibles que les psychiatres.

M. Shortall : Oui, ça dépend. En fonction du programme. Dans notre région, il y a sans doute plus de services pour les enfants et les jeunes qu'ailleurs, mais ils ne sont pas nombreux.

Le président : Par région, vous voulez dire l'Est?

M. Shortall : Oui. Essentiellement, les services sont à St. John's. Par exemple, il y a un programme semblable au mien qui voit des enfants de 2 à 21 ans; en tout, l'effectif est de 13 psychologues et travailleurs sociaux. Comme la région compte à peu près 180 000 habitants, il y a souvent une liste d'attente.

Le président : Pourriez-vous nous définir les catégories et les âges? Vous avez parlé d'enfants, de jeunes, d'adolescents et d'adultes. Si je vous pose la question, c'est que notre rapport devra préciser une catégorie et un âge. Nous avons constaté que dans certains endroits du pays un enfant, c'est quelqu'un de 16 ans et moins, pour les services pour enfants, alors

are under 19. In other places, there is a middle group; there are children, which we would think of as maybe under 12 or 13, and then there is a youth or adolescent — I would like to know which word is better — and then adult. Finally, in other places there are provinces where, if you are under 16 you are a child; if you are over 18 — 19 or over — you are an adult; and if you are 17 or 18, you are not covered because you are neither a child nor an adult.

Mr. Shortall: Yes.

The Chairman: Hard to figure, but this age group falls absolutely outside everybody's system. I have two questions for you. Are there age brackets in Newfoundland that say which program you go to? Secondly, what age do we use to define children, and do we distinguish between youth, adolescents and so on?

Mr. Shortall: That is a much more difficult question than it may seem. In other parts of the country, it is much more obvious in terms of where they delineate age groups. In this province, certainly, from a legal perspective, the Child Youth and Family Services Act sees and recognizes children up to the age of 18. Between 17 and 18, of course, you do not necessarily have to report cases of abuse or anything, but under that age, 16 and under, you do. In our health system, only in the last month or so there have been announcements that the child health program has expanded to the age of 18. Prior to that, services for anyone over the age of 16 were seen in the adult system. When BRIDGES was developed, we saw that gap between the transition from children's services to the adult system, and so we designed a program for adolescents from 16 to 20.

Now though, psychiatric services are going to look at children up to the age of 16, at least on an emergency basis, and work is underway to try to recruit a psychiatrist who will see children up to the ages of 18. Our services are disorganized in that respect around age groupings. Any child right now who is seen in a psychiatric setting typically is seen by an adult psychiatrist.

The Chairman: Do you prefer youth or adolescent? You used the two.

Mr. Shortall: I am sorry, I prefer youth.

The Chairman: You referred in your document to a round table on adolescent disorders.

Mr. Shortall: In the report.

The Chairman: Yes, I would love to see that if you have one. You may not have one here, but maybe you can send us one. We will give you a card.

Mr. Shortall: Sure.

The Chairman: Joan, you gave us the best description of peer support that we have had anywhere across the country.

Ms. Edwards-Karmazyn: Thank you.

qu'ailleurs ce sont les moins de 19 ans. Ailleurs encore, il y a une catégorie intermédiaire; il y a les enfants, les moins de 12 ou 13 ans, puis il y a le jeune ou l'adolescent — j'aimerais savoir quelle appellation est préférable — puis il y a les adultes. Il y a d'autres provinces encore où un moins de 16 ans est un enfant; celui qui a plus de 18 ou 19 ans est un adulte et celui de 17 ou 18 ans n'est pas couvert parce qu'il n'est ni un enfant ni un adulte.

M. Shortall : Oui.

Le président : C'est difficile à comprendre, mais cette catégorie d'âge n'apparaît nulle part. J'ai deux questions pour vous. Y a-t-il des catégories d'âge à Terre-Neuve qui déterminent à quel programme s'adresser? Deuxièmement, quel âge sert à déterminer la catégorie des enfants et établit-on une distinction entre les jeunes et les adolescents?

M. Shortall : C'est une question beaucoup plus difficile qu'il n'y paraît. Ailleurs au pays, la démarcation des catégories d'âge est beaucoup plus nette. Du point de vue juridique, dans notre province, la Loi sur les services à l'enfance, aux jeunes et à la famille fixe à 18 ans la fin de l'enfance. Entre 17 et 18 ans, évidemment, il n'est pas forcément nécessaire de déclarer les cas de maltraitance mais pour les 16 ans et moins, il le faut. Dans notre système de santé, il y a un mois à peu près, on a annoncé que des programmes de santé pour enfants s'appliqueraient jusqu'à l'âge de 18 ans. Avant, les services pour les plus de 16 ans étaient incorporés au système pour adultes. Quand BRIDGES a été conçu, nous avons vu le fossé entre les services pour enfants et les services pour adultes et c'est pourquoi nous avons créé un programme pour les adolescents de 16 à 20 ans.

Les services psychiatriques vont s'occuper d'enfants jusqu'à l'âge de 16 ans, dans les situations d'urgence en tout cas, et on se prépare actuellement à essayer de retenir les services d'un psychiatre qui les verra jusqu'à l'âge de 18 ans. Pour ce qui est des regroupements d'âge, nos services sont désorganisés. Actuellement, un enfant qui est vu en milieu psychiatrique l'est par un psychiatre pour adultes.

Le président : Préférez-vous parler de jeunes ou d'adolescents? Vous avez employé les deux mots.

M. Shortall : Désolé, je préfère jeunes.

Le président : Dans votre document, vous avez parlé d'une table ronde sur les troubles des adolescents.

M. Shortall : Dans le rapport.

Le président : Oui, j'aimerais beaucoup le voir si vous en avez une copie. Peut-être pas ici, mais peut-être pourriez-vous nous en envoyer une. Nous allons vous donner une carte.

M. Shortall : Bien sûr.

Le président : Joan, vous nous avez donné la meilleure description de soutien par les pairs que nous ayons entendue dans tout le pays.

Mme Edwards-Karmazyn : Merci.

The Chairman: It is really useful to us. I know terminology matters, but in the last report we had a number of people arguing we did not use terms right. Do you use self-help and peer support interchangeably? Do they mean the same thing?

Ms. Edwards-Karmazyn: They can. The self-help model is based on recovery. Although we do not practice 12-step, that is a self-help recovery model. There are components and tenets of the self-help model that we would encompass in our peer support and self-help: Peers helping other peers. People who facilitate and run self-help groups within CHANNAL would be peers first; they would be identified as consumer-survivors and peers. I would say peer support is what people receive, either one on one or in a group setting, and self-help is the model that provides this peer support.

The Chairman: Do you train a peer support worker? In other words, if I am a consumer and you then want me to participate in a peer support group, is my only criterion that I am a consumer with that particular mental illness, or do I need additional training?

Ms. Edwards-Karmazyn: I am glad you asked that question. For peer support, as it exists right now within CHANNAL, training is non-existent. I come from a background where I have trained peer support workers using the third level of coaching life skills model, which I provide certificates for, so we do have a credential for training peer support workers. At the same time, we do not have the availability to do that at this point in time. When one offers their volunteer services to become a self-help facilitator within a group, then the training at this point in time is minimal. To be a self-help facilitator, you must identify first as a consumer, but secondly, you must want to come forth as a volunteer, and this is where we are lacking. We need training.

The Chairman: Somewhere along the line, I think it was in Halifax, we learned of an interesting program that was offered somewhere in the United States, Georgia, I think it was, and just as interesting, it was on exactly this topic. This individual consumer had gone down and taken a —

Ms. Edwards-Karmazyn: That would be Roy Muise.

The Chairman: Roy Muise.

Ms. Edwards-Karmazyn: Yes, he is a colleague of mine. I am familiar with the program.

The Chairman: Certainly, as Roy described it, it was terrific. Would you agree with that?

Ms. Edwards-Karmazyn: Absolutely, but I think we have the resources here in Canada to put —

The Chairman: Right, so my question is, if you think it is a good program, would it make sense for us to recommend the creation of a similar program in Canada?

Ms. Edwards-Karmazyn: Absolutely, hands down.

Le président : Cela nous est très utile. La terminologie est importante car dans notre dernier rapport des gens nous ont accusés de ne pas avoir employé les bons termes. Employez-vous indistinctement prise en charge de soi et soutien par les pairs? Les mots veulent-ils dire la même chose?

Mme Edwards-Karmazyn : Dans certains cas. Le modèle de la prise en charge de soi repose sur le rétablissement. Même si nous n'appliquons pas les 12 étapes, c'est un modèle de rétablissement par la prise en charge de soi. Des éléments et des principes du modèle de prise en charge de soi sont incorporés à la prise en charge et au soutien par les pairs : des pairs s'entraident. Ceux qui facilitent et dirigent les groupes de prise en charge de soi dans le cadre de CHANNAL sont d'abord des pairs; ils s'identifient comme des consommateurs-survivants et des pairs. Je dirais que les pairs qui s'entraident reçoivent de l'aide individuellement ou en situation de groupe tandis que la prise en charge de soi, c'est le modèle qui fournit cette entraide.

Le président : Formez-vous le travailleur d'entraide? Autrement dit, si je suis un consommateur et si vous voulez que je participe à un groupe d'entraide, suffit-il pour moi d'être consommateur atteint de telle ou telle maladie mentale ou me faut-il une formation supplémentaire?

Mme Edwards-Karmazyn : Je suis heureuse que vous me posiez la question. Dans le cas de l'entraide, comme cela existe actuellement au sein de CHANNAL, il n'y a pas de formation. Par le passé, j'ai formé des agents d'entraide à l'aide du troisième niveau d'acquisition des capacités sociales, formation sanctionnée par un certificat, ce qui signifie qu'il y a bien une attestation de formation pour les agents d'entraide. Sauf que ce n'est pas possible actuellement. Le bénévole qui veut animer un groupe reçoit peu de formation. Pour être animateur, il faut d'abord être un consommateur mais aussi se présenter comme bénévole et c'est ce qui manque. On a besoin de formation.

Le président : Dans cette veine, c'était à Halifax je crois, on nous a parlé d'un programme intéressant offert aux États-Unis, en Géorgie je crois, précisément là-dessus. Ce consommateur était allé suivre...

Mme Edwards-Karmazyn : Ce doit être Roy Muise.

Le président : Roy Muise.

Mme Edwards-Karmazyn : Oui, c'est un collègue à moi. Je connais le programme.

Le président : Il était super, de la façon dont Roy l'a décrit. Êtes-vous d'accord avec lui?

Mme Edwards-Karmazyn : Tout à fait, mais je pense que nous disposons de ce qu'il faut ici au Canada pour...

Le président : Oui, voici donc ma question. Si vous pensez que c'est un bon programme, estimeriez-vous que nous aurions raison de recommander la création d'un programme de ce genre au Canada?

Mme Edwards-Karmazyn : Tout à fait, haut la main.

The Chairman: Would it help people in your business a lot?

Ms. Edwards-Karmazyn: Yes. I sit on the board of directors for the National Network for Mental Health, and Roy had the opportunity when we were building the Canadian Coalition of Alternative Mental Health Resources to present the peer support program out of Georgia, I believe. It was certainly given endorsement at that level, as well. Certainly, it could be packaged Canadian-style and put into play.

Senator Trenholme Counsell: Thank you both for being here.

You used the words “new Provincial Mental Health Strategy.” I came late so excuse me, and if I ask something that has been covered before I got here, just tell me. After you said those words, I looked to see whether it was included in this document, and I did not see it. Could you tell us more about the new Provincial Mental Health Strategy that you mentioned.

Mr. Shortall: In about the last year and a half, almost two years now, a Provincial Mental Health Strategy was struck that involved a comprehensive review with extensive consultation throughout the province of mental health services, not just for children and youth, but for people with a number of mental health needs. There were a number of different think-tank sessions, one involving children and youth, which spoke to the fact that we are under-resourced throughout the province. Within that report, there were a number of recommendations of what is needed, some of which I included in this report.

Senator Trenholme Counsell: Does that new strategy give you hope? Will it address a lot of the things you have here, or how do you regard it?

Mr. Shortall: Certainly, I feel very positive about the recommendations of the report. I think the strategy focuses on what is needed within this province. Some of those ideas are being rolled out now. For instance, one thing that was referenced there was an early psychosis program that would be a provincial focus. Recently, we managed to begin a satellite program with our colleagues in the western region, with Western Health, and they have a position for a coordinator, and we have had dialogue with that group. We hope to expand in other parts of the province and give our program here in St. John's more of a provincial focus, as opposed to focused within the eastern region. That is one example of something that has been rolled out and recommended from the strategy.

Senator Trenholme Counsell: Mr. Chair, will we hear about that strategy, or will we get any report on it?

The Chairman: I think we are tomorrow. In any event, we have copies coming.

Ms. Edwards-Karmazyn: On page 6 of my report, I speak to the highlights of that mental health strategy in reference to the community development work that has been recommended in the context of my paper. However, that is a brief look.

Le président : Est-ce que ça aiderait beaucoup les gens dans votre secteur?

Mme Edwards-Karmazyn : Oui. Je siège au conseil d'administration du Réseau national pour la santé mentale et quand nous avons constitué la Canadian Coalition of Alternative Mental Health Resources, Roy a eu l'occasion de faire un exposé sur le programme d'entraide de Géorgie, je crois. Il a reçu des appuis à ce niveau aussi. Il est certain qu'il pourrait être canadienisé et appliqué.

Le sénateur Trenholme Counsell : Merci à vous deux d'être venus.

Vous avez parlé d'une nouvelle stratégie provinciale pour la santé mentale. Je suis arrivée en retard et je vous prie de m'excuser. Si je pose une question à laquelle vous avez déjà répondu, dites-le-moi. Après vous avoir entendu employer l'expression, j'ai regardé pour voir s'il en était question dans le document et je n'ai rien vu. Pourriez-vous nous en dire plus sur cette nouvelle stratégie provinciale pour la santé mentale?

M. Shortall : Il y a à peu près un an et demi, presque deux ans maintenant, un groupe a été constitué pour tenir des consultations et examiner en profondeur les services de santé mentale dans la province à l'intention des personnes souffrant de troubles mentaux, pas seulement les enfants ou les jeunes. Il y a eu plusieurs journées de réflexion, dont une au sujet des jeunes et des enfants, qui a montré que partout dans la province on manque de moyens. Le rapport qui a été publié comportait un certain nombre de recommandations et j'en ai reprises quelques-unes dans mon document.

Le sénateur Trenholme Counsell : La nouvelle stratégie vous donne-t-elle des espoirs? Permettra-t-elle de corriger bon nombre des lacunes que vous énumérez ici? Qu'en pensez-vous?

M. Shortall : Je suis très content des recommandations que contient le rapport. La stratégie se concentre effectivement sur les besoins dans la province. Certaines idées voient le jour aujourd'hui. Par exemple, il était question d'un programme pour la psychose précoce à l'échelle de la province. Dernièrement, nous avons réussi à mettre sur pied un programme satellite avec nos collègues de la région de l'Ouest — Western Health — qui ont un poste de coordonnateur, et nous avons eu des entretiens avec ce groupe. Nous espérons prendre de l'expansion ailleurs dans la province et donner à notre programme, ici à St. John's, une dimension plus provinciale au lieu de se concentrer sur la région de l'Est. Voilà un exemple d'une recommandation de la stratégie qui a vu le jour.

Le sénateur Trenholme Counsell : Monsieur le président, allons-nous entendre parler de cette stratégie ou allons-nous recevoir un document sur la question?

Le président : Demain, je pense. Quoi qu'il en soit, des copies s'en viennent.

Mme Edwards-Karmazyn : À la page 6 de mon mémoire, je rappelle les faits saillants de la stratégie quand je parle du travail de développement local qui a été recommandé dans mon document. C'est court, toutefois.

Senator Trenholme Counsell: In terms of the mental health strategy, there must be a lot to it. It would be valuable for us to see it.

Ms. Edwards-Karmazyn: Yes.

Senator Trenholme Counsell: Thank you.

I wanted to say with pride, you mention the need for a mobile crisis unit, and I read last week that New Brunswick is the first in Canada to have a mobile crisis unit beginning this year. I believe that is what they are saying. We are bragging about that. There will be two units throughout the province, and very rapid response, as promised. I would think it would be equally applicable in your province, and I urge you to use our example.

I wanted to ask you about early childhood initiatives. On page 5, you talk about "should be targeted," et cetera. Do you have some sort of early childhood initiatives, early childhood intervention or a family intervention that is province-wide? In our province, those five points, especially, that you have highlighted are exactly the kind of things that are indications of potential vulnerability in children.

Mr. Shortall: I will try to speak to that because I have not worked as closely in that area in more recent years, so I am probably not the person to specifically address some of that. There are programs within the city that certainly address the needs of younger children.

Senator Trenholme Counsell: I was wondering about province-wide assessment of newborns or early —

Mr. Shortall: No.

Senator Trenholme Counsell: There is none in Newfoundland?

Mr. Shortall: Province-wide assessments: Can you be more specific?

Senator Trenholme Counsell: I am speaking about vulnerabilities in young children. Some provinces assess all children shortly after birth for a needs vulnerability, if you will, and then a program of intervention is begun, which involves, of course, primarily the families.

Mr. Shortall: Public Health will assess children at early stages and offer support to families at times, and obviously will refer where it is indicated.

Senator Trenholme Counsell: Does it assess all children or referrals only?

Mr. Shortall: It assesses all children as part of their vaccinations and their pre-kindergarten assessment period. Until that time, when they are very young, I am not sure if there is anything specifically in place at identifying high risk, apart from when they are in the hospital settings, and it is identified at that level.

Senator Trenholme Counsell: I wanted to ask you about technology and telepsychiatry because I have had the impression that Newfoundland has been a leader in

Le sénateur Trenholme Counsell : Il y a sans doute beaucoup de matière dans cette stratégie pour la santé mentale. Il nous serait utile de la consulter.

Mme Edwards-Karmazyn : Oui.

Le sénateur Trenholme Counsell : Merci.

Je voulais dire avec fierté, vous dites qu'il faut une unité mobile de crise, et j'ai lu la semaine dernière que le Nouveau-Brunswick est la première province au Canada à avoir une unité mobile de crise depuis cette année. C'est ce qu'elle dit, je crois. Elle s'en vante. Il y aura deux unités dans la province, à intervention très rapide, a-t-on promis. L'idée me semblerait tout à fait applicable dans votre province et je vous exhorte à vous en inspirer.

Je voulais vous poser deux questions à propos des initiatives concernant la petite enfance. À la page 5, vous dites « devrait être ciblé », et cetera. Avez-vous des initiatives pour la petite enfance, des services d'intervention auprès des petits ou de la famille à l'échelle de la province? Chez nous, les cinq points que vous avez mis en relief sont précisément les indicateurs d'une vulnérabilité possible chez les enfants.

M. Shortall : Je ne vais pas essayer d'en parler parce que je n'ai pas travaillé aussi étroitement dans ce secteur ces dernières années, et je ne suis sans doute pas la personne pour vous répondre. Il y a des programmes dans la ville qui répondent aux besoins des jeunes enfants.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je pensais à l'évaluation des nouveau-nés ou des tout-petits à l'échelle de la province...

M. Shortall : Non.

Le sénateur Trenholme Counsell : Il n'y en a pas à Terre-Neuve?

M. Shortall : Des évaluations à l'échelle de la province : pouvez-vous être plus précise?

Le sénateur Trenholme Counsell : Je parle des vulnérabilités des jeunes enfants. Certaines provinces évaluent tous les enfants peu de temps après leur naissance pour déterminer leur vulnérabilité, si vous me passez l'expression, puis l'on entame un programme d'intervention, lequel programme fait appel, bien entendu, principalement aux familles.

M. Shortall : Le ministère de la Santé publique évalue les enfants aux stades primaires et offre un soutien aux familles à l'occasion et, bien entendu, au besoin, il les aiguille en conséquence.

Le sénateur Trenholme Counsell : Est-ce qu'on évalue tous les enfants ou seulement ceux qui ont été recommandés?

M. Shortall : On évalue tous les enfants durant la période de vaccination et d'évaluation prénatale. Jusqu'à ce stade-là, quand les enfants sont encore très jeunes, j'ignore s'il existe un mécanisme spécifique en place pour identifier les enfants à risque élevé, hormis le contexte hospitalier, et c'est à ce niveau-là que se fait l'identification.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je voulais vous poser une question sur la technologie et la télépsychiatrie, car j'avais l'impression que Terre-Neuve était un chef de file en matière de

telemedicine. I know telepsychiatry works well with young people. It is less threatening sometimes than sitting across a desk from somebody with a lab coat on, suit and tie or whatever it happens to be. You said it started, but then it did not continue. Is that correct, that you are not using it to a great extent?

Mr. Shortall: Years ago, I think it may have been around the early 1990s, a psychiatrist within our system had done a study and looked at, if memory serves me correctly, the differences in terms of accuracy and diagnoses in diagnosing a child through telepsychiatry as opposed to face to face. The study looked at a number of variables around that, and found in the end that the two types were equally accurate in terms of identifying treatment needs for children. There was support at the time, and now, of course, within this new mental health strategy —

Senator Trenholme Counsell: Is it included?

Mr. Shortall: It is included as part of the strategy. We hope to use that in the early psychosis program, as well.

Senator Trenholme Counsell: Good.

Mr. Shortall: We hope to use it particularly in areas such as Labrador where it is much further away, and difficult to transfer people from one region to another.

Senator Trenholme Counsell: We hear about certain cities in the country and about the problems on the streets. I come from a very small village in New Brunswick, so I know a lot about small villages, their problems, and too often, their decline. In St. John's or in Corner Brook, your cities, do you see an increasing number of young people with psychiatric problems as a result of the changes in the society of Newfoundland and the village, the outport, all the factors that affect life in Newfoundland, or are you not? I hope you are not, I hope the answer is no.

Mr. Shortall: A study done a couple of years ago through the Canadian Mental Health Association talks about what is happening with our youth in the province. One area they talked about, of course, was mental health in terms of the impacts of the changes in the rural parts of our province. As I mentioned, there is an awful lot of out-migration. Families have had to leave communities because of the fisheries closing. In that report there was talk of an increase in the prevalence of depression in youth, particularly youth who may have wanted to stay in their home community, and pictured themselves staying there but could not because of the economy in those communities.

Senator Trenholme Counsell: Do you have a problem with street youth in St. John's?

Mr. Shortall: We have a volunteer sector. There is a program called "Choices for Youth." It is based in the downtown core of our city. They have a brand-new building, and within that facility there is a shelter for young men between the ages of 16 to 29, who

télémedecine. Je sais que la télépsychiatrie fonctionne bien dans le cas des jeunes personnes. C'est parfois moins menaçant que d'avoir à s'asseoir devant un médecin qui porte son tablier de laboratoire, un costume et cravate ou peu importe. Vous avez dit qu'on a commencé, mais est-ce qu'on a continué. Est-il vrai que vous ne vous en servez pas énormément?

M. Shortall : Il y a des années, je pense que c'était au début des années 90, un psychiatre oeuvrant dans notre système a entrepris une étude et a cherché à déterminer, si ma mémoire est bonne, l'exactitude du diagnostic d'un enfant au moyen de la télépsychiatrie par opposition au diagnostic en personne. L'étude a examiné de nombreuses variables autour de ces diagnostics et a déterminé qu'au bout du compte les deux types de diagnostic étaient aussi fiables pour ce qui est de déterminer les besoins thérapeutiques de l'enfant. Cette méthode avait gagné de l'appui à l'époque, et bien entendu, maintenant, dans le contexte de cette nouvelle stratégie de santé mentale...

Le sénateur Trenholme Counsell : Est-ce qu'elle en fait partie?

M. Shortall : Elle fait partie de la stratégie. Nous espérons nous en servir aussi dans le programme de détection de la psychose précoce.

Le sénateur Trenholme Counsell : Très bien.

M. Shortall : Nous espérons nous en servir particulièrement dans des régions comme Labrador où, distance oblige, il est difficile de transporter les gens d'une région à l'autre.

Le sénateur Trenholme Counsell : Nous entendons parler de certaines villes du pays et des problèmes qui existent dans les rues. Je suis native d'un très petit village du Nouveau-Brunswick, et je connais très bien les petits villages, leurs problèmes et, trop souvent, leur déclin. À St. John's ou à Corner Brook, chez vous, avez-vous observé un nombre croissant de jeunes personnes éprouvant des problèmes psychiatriques en raison des changements survenus dans la société de Terre-Neuve, en général, et dans le village, en particulier, c'est-à-dire tous ces facteurs qui affectent la vie à Terre-Neuve? J'espère que la réponse est non.

M. Shortall : Dans une étude réalisée il y a quelques années par l'Association canadienne pour la santé mentale, il a été question de l'expérience que nos jeunes vivent dans la province. Un des aspects abordés par l'étude est la santé mentale, en particulier l'incidence des changements survenus dans les régions rurales de notre province. Comme je l'ai indiqué, l'exode est un problème de taille. Des familles ont dû quitter leurs collectivités, parce qu'on a fermé les pêches. L'étude a également évoqué la prévalence accrue de la dépression chez les jeunes, notamment chez ceux qui auraient peut-être souhaité rester dans leurs collectivités natales et qui s'imaginaient y demeurer sans pour autant que cela soit vrai en raison de l'économie défaillante de ces collectivités.

Le sénateur Trenholme Counsell : Avez-vous des problèmes de délinquance juvénile dans les rues de St. John's?

M. Shortall : Nous avons un secteur bénévole, notamment un programme qui s'appelle « Choices for Youth ». C'est un programme qui est axé sur le centre-ville. On s'est doté d'un nouvel immeuble, où l'on a aménagé un abri pour jeunes hommes

are in need of emergency shelter or housing. In that group, they also have a number of staff who work within the Health and Community Services or within the Choices for Youth program who help and assist youth with housing issues.

On top of that, recently they formed a group of volunteers, mostly comprised of social workers or anyone who has a mental health background or some counseling training, to go out one night a week and do the work of a street worker. By that, they may just give information to youth who are hanging out in the streets. They may try to engage a young person who has been hanging about in areas where they may be at risk, and then encourage them or give them information so they can seek help or come back to the office that is located downtown to find out more about resources and options that they have. That program is really in its infancy stages. It has been in operation only about two months.

Senator Trenholme Counsell: Joan, I wanted to ask you about paying volunteers. I worried as I listened to that, but we have not heard much of a dialogue, exchange or talk about it. Do you mean paying people who become peer support workers, or what do you mean by that? I think all of us around the table are advocates for volunteerism, and we have to be very strong advocates, as the numbers of volunteers are declining, and the need is increasing. What do you mean here by paying volunteers?

Ms. Edwards-Karmazyn: Within CHANNAL, our volunteers, our volunteer leaders, and our regional coordinators receive a stipend for work that would enable them to do outreach. It would be travel dollars. It would be over and above. A lot of our volunteers receive a disability income.

Senator Trenholme Counsell: Okay, so they are people —

Ms. Edwards-Karmazyn: They receive a little bit of money within the cap of what they are allowed to make before it is clawed back dollar for dollar. That is in reference to our volunteers receiving an honorarium or a stipend for what they do.

Senator Trenholme Counsell: You are not talking about, I will say perfectly healthy people who decide they want to volunteer for mental health groups. You are talking about people who have come up through, have recovered and want to help others?

Ms. Edwards-Karmazyn: That is correct: volunteer leaders that are psychiatric consumer-survivors as well, and who now volunteer their leadership skills and time. Some of them come with inherent leadership skills and amazing amounts of experience. Also, behind those volunteer leaders, the regional coordinators also have group facilitators that are in their ranks, as

dont l'âge se situe entre 16 et 29 ans et qui ont besoin d'un abri ou d'un logement d'urgence. Il y a de nombreux bénévoles qui travaillent pour les Health and Community Services ou le programme Choices for Youth qui aident les jeunes à trouver un logement.

Ils ont en outre formé un groupe de bénévoles composé surtout de travailleurs sociaux et de quiconque a déjà travaillé dans le domaine de la santé mentale ou qui ont une formation en counseling et qui vont un soir par semaine faire le travail d'un travailleur sur le terrain. Ils peuvent notamment donner de l'information aux jeunes qui passent leur temps dans les rues. Ils peuvent essayer d'engager un dialogue avec un jeune qui se tient dans une zone où il pourrait être à risque puis l'encourager ou lui donner de l'information pour qu'il puisse demander de l'aide ou visiter le bureau qui se trouve au centre-ville pour se renseigner sur les ressources disponibles ou encore sur les options qui s'offrent à lui. Le programme n'en est qu'à ses balbutiements. Il n'existe que depuis deux mois seulement.

Le sénateur Tremholme Counsell : Joan, j'aimerais que vous me parliez de la rémunération des bénévoles. Ce que j'ai entendu m'inquiète, mais il me semble qu'il y a eu peu de dialogue ou d'échange sur cette question. Vouliez-vous dire qu'il faudrait rémunérer ceux qui deviennent des travailleurs d'entraide ou qu'entendez-vous au juste? Je crois que nous tous autour de la table croyons au bénévolat et nous devons être de farouches défenseurs de cette cause puisque le nombre de bénévoles est en baisse alors que les besoins augmentent. Que voulez-vous dire au juste quand vous parlez de la rémunération des bénévoles.

Mme Edwards-Karmazyn : À CHANNAL, nos bénévoles, nos animateurs bénévoles et nos coordonnateurs régionaux reçoivent une indemnité parce qu'ils font du travail d'action sociale. Ils seraient indemnisés pour leurs frais de déplacement. Ils recevraient une somme supplémentaire. Beaucoup de nos bénévoles touchent une pension d'invalidité.

Le sénateur Tremholme Counsell : D'accord, il s'agit donc de gens...

Mme Edwards-Karmazyn : Ils reçoivent une somme modeste à l'intérieur du plafond au-delà duquel chaque dollar additionnel de revenu entraînerait une récupération fiscale équivalente. Il s'agit de verser à nos bénévoles des honoraires ou une indemnité pour le travail qu'ils font.

Le sénateur Tremholme Counsell : Vous ne voulez pas parler de gens qui sont en parfaite santé et qui décident de travailler comme bénévoles pour des groupes d'intervention en santé mentale. Vous voulez parler de gens qui se sont rétablis après une maladie mentale et qui veulent aider les autres?

Mme Edwards-Karmazyn : Oui, des animateurs bénévoles qui sont des consommateurs-survivants de soins psychiatriques et qui jouent maintenant un rôle de leadership en faisant don de leur talent et de leur temps. Certains ont des talents innés de leadership et une vaste expérience. Par ailleurs, les coordonnateurs régionaux qui appuient ces animateurs bénévoles peuvent aussi compter sur

well. Besides the six volunteer leaders we may have within any one region, we might have up to four dozen or five dozen volunteers that help that regional coordinator run the program.

Senator Cordy: Thank you. You have both given us some wonderful information.

Joan, I love your sayings. "We have to name it, to claim it, to tame it," and "Nothing about us, without us." If you wanted to summarize your whole presentation, I think that would do it.

You just talked about people volunteering in peer mediation or peer support, and we are talking about people who may not have the resources to buy a bus pass and those kinds of things. How difficult is it to get funding for those kinds of things; to buy a bus pass for somebody, or to provide gas money? If you have a program where you hire a person, then you can say, "The salary is so much a week," but for those kinds of things that are so important you are not paying the volunteer, in fact. You provide the resources so the volunteer can get from point A to point B.

Ms. Edwards-Karmazyn: When we provide an honorarium or a stipend for our volunteers, it is clearly up to them how they will spend that. We do not indicate that this is for travel, for example. It may be for a pack of cigarettes, and we know that. However, it is their choice to use it, but we often find that it will enhance for perhaps buying a bus pass or enabling them to get around. Within the program itself, our travel dollars are tagged to the equitable distribution within each region. It is not an equal distribution. For example, in St. John's, the travel dollars would be linked to, say, the bus service or the taxi service that is needed, and this is in conjunction with a person maybe doing outreach, lobbying efforts or advocacy. We define advocacy as "big A, little a advocacy." Big A advocacy is advocating on behalf of a group within, say, outreach to another program; little a advocacy is helping somebody get to the hospital if they need that service.

In terms of our volunteers and what they need travel-wise, we find in the outlying regions that the barrier exists for travel: big land, big geography. Yet people are spread among the outposts, for example, on the southwest of Labrador, Labrador City, and we may have 15 people using that group, but they live in the outlying areas. We are now looking at a creative way of providing teleconferencing perhaps once every three weeks or so for group teleconferencing so people do not have to travel in the winter for face-to-face self-help. That is one creative way of looking at it. Another way is to encourage car pooling, but then we run into the insurance on that. We have to look at the implications of people car pooling, what type of insurance they need and how we can supplement that by not necessarily saying, "You must car pool,

des facilitateurs qui font partie de leur groupe. En plus des six chefs d'équipe bénévoles que nous avons dans chacune des régions, nous pouvons avoir de quatre à cinq douzaines de bénévoles qui aident le coordonnateur régional à administrer le programme.

Le sénateur Cordy : Merci. Vous nous avez donné des renseignements très utiles.

Joan, j'ai bien aimé vos adages. « Nous devons nommer la maladie, l'assumer et la dompter » et « Rien pour nous sans nous ». Je crois que ces deux expressions à elles seules résument tout votre exposé.

Vous avez parlé de gens qui se portent bénévoles pour faire de la médiation ou du soutien par les pairs et nous parlons là de gens qui n'ont pas les ressources voulues pour acheter une passe d'autobus ou autre chose du genre. Est-ce qu'il est difficile d'obtenir du financement pour ce genre de chose, de l'argent pour acheter une passe d'autobus ou faire le plein d'essence? Si vous embauchez une personne dans le cadre d'un programme, vous pouvez alors dire : « Le salaire est de tant par semaine » mais vous ne payez pas le bénévole pour qu'il puisse couvrir ses autres dépenses. Vous donnez au bénévole les ressources voulues pour qu'il puisse se rendre du point A au point B.

Mme Edwards-Karmazyn : Lorsque nous versons des honoraires ou une indemnité à nos bénévoles, c'est à eux de décider ce qu'ils en feront. Nous ne leur disons pas, par exemple, cette somme doit couvrir vos frais de déplacement. Ils peuvent se servir de l'argent pour acheter un paquet de cigarettes, nous le savons. Toutefois, ils sont libres de choisir mais nous avons constaté que cela leur permet souvent d'acheter une passe d'autobus ou de se payer un autre mode de transport. Nous veillons, dans le cadre du programme, à répartir équitablement dans chaque région le budget consacré aux frais de déplacement. Ce n'est pas une répartition égale. Par exemple, à St. John's, l'indemnité de déplacement servirait à payer le transport en autobus ou en taxi lorsqu'un bénévole fait des travaux d'action sociale, de lobbying ou d'intervention. Nous faisons une distinction entre l'intervention avec un grand I et l'intervention avec un petit I. L'intervention avec un grand I consiste à intervenir au profit d'un groupe dans le cadre d'un programme d'action sociale; l'intervention avec un petit I consiste à aider quelqu'un à se rendre à l'hôpital pour obtenir des soins.

Nous avons constaté que nos bénévoles dans les régions éloignées ont énormément de mal à se déplacer en raison des grandes distances. La population est répartie dans plusieurs petits hameaux dans le sud-ouest du Labrador, à Labrador City, par exemple, et 15 personnes peuvent faire appel au même groupe. Nous cherchons maintenant des façons d'utiliser les téléconférences une fois toutes les trois semaines environ pour que les gens n'aient pas à se déplacer pendant l'hiver pour profiter des services d'entraide personnalisés. C'est une solution créatrice que nous envisageons. Nous songeons aussi à faire du covoiturage, mais cela suscite des problèmes pour ce qui est de l'assurance. Nous devons bien examiner la question du covoiturage, vérifier les exigences en matière d'assurance et la

but if you choose to car pool, here is the travel money to do that and you may charge back to our program.” A lot of our budget is earmarked to travel because of the lay of the land of our province.

Senator Cordy: One thing you talked about in your best practices was recovering capacity-focused challenges, low expectations. Within the training of health care workers, have we changed the way we train health care professionals so they realize that the self-help programs are extremely important, that community-based programs are extremely important, and that consumers of the mental health system not only can become self-sufficient but can move back into the workforce and become taxpayers once again?

Ms. Edwards-Karmazyn: Yes, in terms of training clinicians and health care workers, et cetera, an amazing program has been launched in Newfoundland and Labrador called the “Changing Minds Project.” The Canadian Mental Health Association, along with other community partners, have developed this amazing program and it came out of the inquiry into Fred Powell and Norman Reid. We had two deaths happen by way of police, and the intervention caused the inquiry to unfold. From that, the Changing Minds Project developed to train front-line workers including mental health workers, ambulance, police, fire, initial service providers such as principals of high schools. That is beginning to launch now. I think the September annual general meeting for the Canadian Mental Health Association, which is in Edmonton this year, will look at rolling that Changing Minds Project out.

In terms of teaching, yes, we are saying self-help. In telling our stories, recovery begins to happen in the modeling of wellness of where we are along the continuum of our health. I sit before you today as a well person, but in the past I have been a very ill person. Telling those stories is good medicine. It helps us.

Senator Cordy: It is also good for reducing stigma among the population when we can put a human face to those who have been consumers of the system.

Ian, I am curious. You talked about the wait time that can be 3 months to 12 months, and is currently about 11 months. What happens to the kids who wait for 11 months?

Mr. Shortall: Different programs make an attempt to prioritize waiting lists. Of course, there is a strategy within our own organization right now to begin looking at wait list issues, in particular, with a focus on mental health. Within the BRIDGES program, we do not have a waiting list and we have been able to manage without a waiting list for four years, since our inception. The reason for that is, we have a very narrow scope. We see young people between the ages of 16 and 20. Our mandate is that these

contribution que nous pouvons apporter. Il ne suffit pas de dire : « Vous devez faire du covoiturage et si vous le faites voici de quoi couvrir vos frais de déplacement ou encore vous pouvez demander le remboursement dans le cadre du programme ». Une part importante de notre budget est réservée aux frais de déplacement étant donné la géographie de notre province.

Le sénateur Cordy : Quand vous parliez de pratiques exemplaires, vous avez aussi parlé de défis liés au rétablissement, au sentiment d'impuissance. Avons-nous modifié notre façon de former les professionnels en santé pour qu'ils comprennent que les programmes d'entraide sont extrêmement importants, que les programmes communautaires sont extrêmement importants et que les consommateurs du système de santé mentale peuvent non seulement retrouver leur autonomie mais peuvent réintégrer la population active et redevenir contribuables?

Mme Edwards-Karmazyn : Oui. À Terre-Neuve-et-Labrador, on a mis sur pied un programme étonnant de formation des cliniciens et des travailleurs de la santé qui s'appelle « Changing Minds Project ». L'Association canadienne pour la santé mentale, de concert avec d'autres partenaires de la collectivité, a élaboré cet étonnant programme mis sur pied à la fin de l'enquête sur Fred Powell et Norman Reid. Nous avons eu deux décès résultant d'une intervention policière qui ont mené à la tenue de l'enquête. Le projet « Changing Minds » a été mis sur pied pour former les intervenants de première ligne, y compris les travailleurs en santé mentale, les ambulanciers, les policiers, les pompiers, les prestataires de service dont les directeurs d'écoles secondaires. Le programme entre maintenant dans sa phase opérationnelle. Je crois que l'Association canadienne pour la santé mentale discutera du lancement du projet « Changing Minds » lors de l'assemblée générale annuelle qui se tiendra cette année à Edmonton en septembre.

Pour ce qui est de la formation des divers intervenants, oui, nous leur faisons comprendre l'importance de l'entraide. Le rétablissement débute dès que nous avons l'occasion de nous rencontrer à chaque étape de notre retour à la santé. Aujourd'hui, je suis une personne en santé mais dans le passé j'ai été très malade. Se raconter aide à guérir. Cela nous aide.

Le sénateur Cordy : C'est aussi une bonne façon de réduire la stigmatisation aux yeux de la population quand nous pouvons donner un visage humain à ceux qui ont été des consommateurs du système.

Ian, je suis curieuse. Vous avez dit que le temps d'attente peut varier entre trois mois et un an et qu'il est à l'heure actuelle d'environ 11 mois. Qu'advient-il des enfants qui doivent attendre 11 mois?

M. Shortall : Divers programmes visent à établir les listes d'attente selon certaines priorités. Bien entendu, à l'heure actuelle, notre propre organisation se penche sur les questions liées aux listes d'attente en mettant l'accent sur la santé mentale. Dans le cadre du programme BRIDGES, nous n'avons pas de liste d'attente et nous avons réussi à fonctionner sans qu'il y ait de listes d'attente depuis quatre ans, soit depuis notre création. Cela tient au fait que nous avons une clientèle très ciblée. Nous voyons

people have a mental health crisis or a mental illness that is significant enough to impair their functioning. We get around 30 to 40 new referrals a month, and the idea of BRIDGES is that it be a brief, rapid service because, otherwise, it will bottleneck.

We have only three full-time equivalent clinicians and one person who works as a case manager. One thing that helped us is that for young people, say, who present with issues that involve difficulty in functioning within their community or in the school, we have been fortunate to have the resources of an occupational therapist who can work with that young person in conjunction with the other members of the team. We have had some wonderful outcomes with young people with some complex needs. However, if they do not fall within our program, they could go to another program, and we have only two or three resources within our region that would service young people with a mental health problem.

When I talk to my colleagues in other areas, one of their chief complaints is not having the same access to psychiatric services that a program such as mine would have. They talk about the difficulty in penetrating that system and making a case for a young person in need prior to bringing them to the emergency room, or calling the police because it has become an urgent situation where there is risk.

Senator Cordy: You get about 30 referrals a month, and in your services, you have rapid mental health outpatient intervention. How does it work? You get a referral from a school, or how does the referral come, first of all? Second, with your rapid outpatient intervention, within 72 hours they receive a counseling session? Would you explain how that works?

Mr. Shortall: Initially, we thought it would be within 72 hours. We found that when a referral comes to our program, it is faxed to our program.

Senator Cordy: Who would refer it?

Mr. Shortall: It could be a school guidance counsellor. About 50 per cent of our referrals are from family doctors. They have become well aware of the program. We have done an extensive communication strategy some time ago, and so they continue to be our primary referral source. We also have referrals from social workers from the children's protection services and from other mental health professionals in the community, but we have said that we prefer that the young person be seen first by someone who would have at least determined that they need a service.

We have not — and this has been deliberate — advertised ourselves as a self-referral service simply because we know we would not be able to absorb the volume of referrals we receive. As soon as someone is referred, it goes to a clinic team meeting every morning of the week. For 15 minutes, the team gets together, reviews those referrals, and either assigns them or requests further information. The turnaround time is intended to be very quick. In cases where we have to turn people away, we look for other

des jeunes âgés de 16 à 20 ans. Nous nous occupons de ceux qui ont une crise de santé mentale ou un trouble mental qui les empêche de fonctionner normalement. Nous recevons de 30 à 40 nouveaux cas par mois que nous traitons rapidement sur une courte période sans quoi il y aurait engorgement.

Nous n'avons que trois cliniciens en équivalents temps plein et une personne qui occupe le poste de gestionnaire de cas. Ce qui nous a aidés, c'est que nous avons eu la chance de pouvoir faire appel à un ergothérapeute qui peut travailler de concert avec les autres membres de l'équipe, avec ces jeunes que nous recevons et qui ont des difficultés à fonctionner dans leurs collectivités ou à l'école. Nous avons obtenu d'excellents résultats avec des jeunes qui avaient des besoins très complexes. Toutefois, s'ils ne répondent pas aux critères de notre programme, ils pourraient être dirigés ailleurs et il n'y a dans notre région que deux ou trois autres services spécialisés capables d'aider des jeunes ayant des troubles de santé mentale.

Quand je parle à mes collègues des autres régions, ils se plaignent surtout du fait qu'ils n'ont pas le même accès aux services psychiatriques qu'un programme comme le mien. Ils me disent à quel point il est difficile d'avoir accès à ce système et de le convaincre d'accepter un jeune en difficulté avant de se résigner à l'amener à l'urgence ou à faire venir la police parce que la situation est urgente et que le risque est grand.

Le sénateur Cordy : Vous recevez environ 30 cas par mois et vous offrez une intervention rapide en santé mentale sans hospitalisation. Comment est-ce que cela fonctionne? Qui dirige le patient vers vous en premier lieu, est-ce l'école? Ensuite, grâce à votre intervention rapide sans hospitalisation, le patient participe à une séance de counseling dans les 72 heures? Pouvez-vous nous expliquer comment cela fonctionne?

M. Shortall : Au départ, nous pensions que cela se ferait dans les 72 heures. Nous avons constaté que lorsqu'un patient nous est référé, nous recevons les documents par télécopieur.

Le sénateur Cordy : Qui vous réfère le cas?

M. Shortall : Parfois c'est le conseiller pédagogique de l'école. Environ 50 p. 100 des cas qui nous sont référés le sont par le médecin de famille. Les médecins de famille connaissent bien l'existence du programme. Il y a quelque temps, nous avons lancé une stratégie de communication qui nous a fait connaître et les médecins de famille sont donc la principale source des cas référés. Certains cas nous sont aussi référés par les travailleurs sociaux des services de protection de la jeunesse ou par d'autres professionnels en santé mentale de la collectivité, mais nous avons dit que nous préférons que le jeune soit d'abord vu par une personne en mesure de déterminer s'il a besoin de nos services.

Nous avons fait le choix délibéré de ne pas dire dans notre publicité que nous acceptons les patients qui viennent nous voir de leur propre initiative parce que nous savons que nous ne serions pas en mesure d'absorber ce volume. Dès qu'un cas nous est référé, l'équipe de la clinique en discute lors de la réunion qui se tient tous les jours de la semaine. L'équipe se réunit pendant 15 minutes et examine les cas référés, les attribue à un intervenant ou demande de plus amples renseignements. Nous

resources for that person. On that list of 30 or 40, if there are five or seven who can wait, then we have been forced to do that.

When we initially started out and we were not known, we accepted every person who came in the door. As time went on, we have had to more rigorous. We are not comfortable doing that because it is a judgment and you hope that when you make a decision, the person who you say will have to wait and be referred to another program is not someone who needs it more than another person. It is a systemic issue. We need the resources of our other people who provide the service, as well.

Senator Cordy: You said that you can broker services and refer them to other agencies. If, for example, you referred them to a psychologist who is not covered under medicare, who would pay for the psychologist? Would the individual pay?

Mr. Shortall: Certain programs will be covered under their parent's employee assistance program, EAP, for example, and they have that option. Most of our services here, the majority of people work in public service agencies. A small number of individuals work in the private field, whether they are social workers or psychologists. Those two disciplines tend to be the ones that provide private practice in this province. In total, you are probably talking about 40 individuals, if my memory serves me. You can get access quickly to services that are private, for children and youth. There is a real difference: If someone can afford to pay, then they probably will get that service. It will not be by a specialized team, necessarily, in an agency that has all the resources that an agency like mine may have for backup.

Senator Cordy: If you referred to services, you would refer to services that are covered by medicare?

Mr. Shortall: Sometimes, or sometimes we refer to one of the other agencies, especially if we think a person can wait. Typically, even though our program is one to six sessions, we allow for a limited amount of time beyond those six sessions because youth do not like to be transferred to another counsellor after they have started seeing someone. That is well researched in the literature. It is true of most people. When you engage in a relationship with someone you trust, you are reluctant to carry on with a new person.

Senator Cordy: Joan made reference to the need for a holistic approach to dealing with mental health issues, and she referred to family, whether it is your biological family or your community family. When you look at the child, you have to look at the situation around the child, and I wonder about kids who are caught up in the legal system. In Nova Scotia, the federal government had a pilot project a couple of years ago where they hired two people in Nova Scotia to deal with young offenders.

avons voulu que le cas puisse être traité très rapidement. Lorsque nous devons refuser des patients, nous essayons de trouver quelqu'un d'autre qui puisse les prendre en charge. Sur cette liste de 30 ou 40, il nous arrive, faute de ressources, d'en faire attendre cinq ou sept qui sont en mesure d'attendre.

À nos débuts, quand nous n'étions pas bien connus, nous acceptions tous ceux qui se présentaient à notre porte. Petit à petit, nous avons dû faire un tri plus rigoureux. Nous sommes réticents à faire cela parce qu'il faut poser un jugement de valeur et qu'on espère toujours qu'une fois la décision prise, la personne à qui l'on a demandé d'attendre ou que l'on a dirigée vers un autre programme n'avait pas besoin de plus d'aide qu'une autre personne. C'est un problème systémique. Nous avons aussi besoin des autres personnes qui offrent le service.

Le sénateur Cordy : Vous avez aussi dit que vous jouez un rôle d'aiguillage et que vous pouvez diriger certains patients vers d'autres intervenants. Par exemple, si vous les dirigez vers un psychologue qui n'est pas assuré par le régime d'assurance-maladie, qui paie les honoraires du psychologue? Est-ce le particulier qui doit payer?

M. Shortall : Certains services sont assurés en vertu du Programme d'aide aux employés (PAE) des parents, par exemple, et c'est donc une option. La majorité des gens ici travaillent dans la fonction publique et ses organismes. Un faible nombre de personnes travaillent dans le secteur privé, qu'ils soient travailleurs sociaux ou psychologues. C'est dans ces deux disciplines que l'on trouve des praticiens en pratique privée dans cette province. Au total, cela représente environ 40 personnes, si ma mémoire est fidèle. Il est possible d'obtenir rapidement accès aux services offerts dans le privé pour les enfants et les jeunes. C'est là la véritable différence : si quelqu'un a les moyens de payer, il peut probablement obtenir le service. Ce service ne sera pas nécessairement offert par une équipe spécialisée comme ce serait le cas dans un organisme comme le mien qui peut faire appel à d'autres spécialistes au besoin.

Le sénateur Cordy : Si vous réferez quelqu'un à des services, est-ce que vous les réferez à des services qui sont couverts par l'assurance-maladie?

M. Shortall : Parfois, et parfois nous les référons aux autres organismes, tout particulièrement si nous pensons que cette personne peut attendre. En général, même si notre programme dure entre une et six séances, nous allouons un peu plus de temps au-delà de ces six séances, parce que les jeunes n'aiment pas être transférés d'un thérapeute à l'autre. Ce fait est très documenté et c'est le cas pour la plupart des gens. Lorsque vous vous engagez dans une relation avec quelqu'un en qui vous avez confiance, vous hésitez à continuer avec une autre personne.

Le sénateur Cordy : Joan a fait référence à la nécessité d'une approche holistique des questions de santé mentale et elle a fait référence à la famille, qu'il s'agisse de votre famille biologique ou de votre famille communautaire. Lorsqu'il s'agit d'un enfant, il faut tenir compte de toute la situation de son environnement, et je me demande ce qu'il en est des enfants qui sont pris dans le système judiciaire. En Nouvelle-Écosse, le gouvernement fédéral a lancé un projet pilote il y a quelques années, dans le cadre duquel

Their job was to look at the families of the young offenders because often there are problems within the family, whether it is parenting, whether the child has addictions or any number of things. Are you involved at all in youth who are involved in the justice system?

Mr. Shortall: We are. Primarily, our mandate is youth with mental illness, but sometimes, obviously, we have youth who have mental illness who also have had involvement with the justice system. There are other programs, as well. One program that has been around for some time, I forget the exactly title of it, is within the youth justice system. It is an intensive program whereby a social worker may have a small caseload of about ten, and their efforts are around working with the youth and the family. Some of it is case management, some of it is counseling and support, but that area tends to be inundated with referrals. Often it is difficult for someone to get in there and the worst situations or cases tend to be prioritized. However, I would say a small percentage of the people who are referred to us, probably 20 per cent, would have had some involvement with the justice system.

Within the Choices for Youth program, they have youth corrections workers, so we have done more work in the last year with that particular program, and collaborated around individual cases where we have supported each other. However, there is recognition that we need to do more of that.

Senator Cordy: Joan, you talked about the hesitation of people to stop allowance or payments from Community Services or whatever, because it has a direct impact on having a medical plan. Are we doing a better job of coordinating within provincial governments? I will not even go into coordination between municipal and federal governments, but between provincial governments so that you can work at a minimum wage job, but still continue to get help with medications? Or is it, if you are not on social assistance, then you are cut off completely from receiving medications?

Ms. Edwards-Karmazyn: I am not familiar with the process for social support services here in Newfoundland and Labrador. I can speak to Ontario, where programs enable that to happen. They enable a person to have a combined income as well as income disability support. I think Newfoundland and Labrador, with all due respect, is 20 years behind in a lot of services that are being delivered. I come from a perspective of Ontario, where I worked for a number of years in the mental health field. There are vast gaps and differences from one province to the other, as we all know. In Newfoundland and Labrador right now, when I speak to a person about receiving an extra little bit of money to do what they are doing within CHANNAL, and if they are on income support, everyone I speak to comes up with a different dollar figure of how much they can receive. Their workers tell them, "You can make \$100 more a month," and then somebody else says, "I make \$200 more a month." I think it is case by case. I do

ils ont embauché deux personnes pour s'occuper des jeunes contrevenants. Leur travail était de prendre en considération les familles des jeunes contrevenants, parce que souvent la famille a des problèmes, que ce soit en termes du rôle parental, que ce soit du côté de l'enfant qui souffre de dépendance ou que ce soit autre chose. Est-ce que vous vous occupez de jeunes qui ont affaire au système judiciaire?

M. Shortall : Oui. Au départ, notre mandat concerne les jeunes souffrant de maladies mentales, mais parfois, manifestement, nous avons des jeunes qui souffrent de maladies mentales et qui ont aussi eu affaire au système judiciaire. Il existe d'autres programmes également. Un programme que nous avons depuis un certain temps, dont je ne me rappelle plus le titre, fonctionne au sein du système de justice pour les jeunes. Il s'agit d'un programme intensif : un travailleur social doit avoir un faible volume de travail, soit à peu près dix cas, et ses efforts se concentrent sur le jeune et sa famille. Il s'agit de faire la gestion des cas, du counselling et du soutien, et malheureusement, il y a souvent beaucoup trop de clients recommandés. Il est difficile d'accéder à ce service et ce sont les cas les pires qui ont la priorité. Cependant, je dirais qu'un petit pourcentage des gens qui nous sont référés, probablement 20 p. 100, ont eu affaire au système judiciaire d'une façon ou d'une autre.

Dans le cadre du programme Choices for Youth, ils disposent d'intervenants correctionnels auprès des jeunes, ce qui nous a permis de faire plus de travail l'an dernier et de collaborer sur des cas individuels où nous avons pu nous entraider. Cependant, nous reconnaissons que nous devons faire plus que cela.

Le sénateur Cordy : Joan, vous avez parlé de l'hésitation des gens à cesser l'allocation ou les versements provenant des services communautaires ou autres, parce que cela a une répercussion immédiate sur le programme de soins. Est-ce que nous arrivons à mieux coordonner les choses au sein des gouvernements provinciaux? Je ne parle même pas de la coordination entre les gouvernements municipaux et fédéral, mais de la coordination entre les gouvernements provinciaux, de sorte que vous puissiez travailler au salaire minimum, mais continuer d'obtenir de l'aide pour ce qui est des médicaments. Et si ne recevez pas d'assistance sociale, alors êtes-vous complètement coupé de toute aide pour les médicaments?

Mme Edwards-Karmazyn : Je ne connais pas très bien le processus d'obtention des services sociaux ici à Terre-Neuve et Labrador. Je ne peux parler que de l'Ontario, où les programmes permettent ce genre de choses. Ils permettent à une personne d'avoir un revenu combiné, ainsi qu'un revenu de soutien pour invalidité. Sauf votre respect, je crois que Terre-Neuve et Labrador a vingt ans de retard dans bien des services offerts. J'ai le point de vue de l'Ontario, où j'ai travaillé pendant un certain nombre d'années dans le domaine de la santé mentale. Il existe de vastes lacunes et de vastes différences d'une province à l'autre, comme nous le savons tous. À l'heure actuelle, à Terre-Neuve et Labrador, quand je demande à des personnes si elles peuvent recevoir un petit peu plus d'argent pour faire ce qu'elles font au sein de CHANNAL, et qu'elles reçoivent un soutien du revenu, toutes me disent qu'elles peuvent recevoir un montant, mais celui-ci diffère selon la personne. Leur travailleur

not think there is any real sliding scale or anything in existence. I have yet to hear of one. I feel it depends on whether it is an income that is combined with Canadian Pension Commission, CPC, and disability. It is subject to what the individual is receiving, so there is no clear cut amount. People are petrified to go off their income assistance, because when they stop and think about it, in the real world if they were out working, they would have to make upwards of \$50,000 a year to be able to stay on their medication. I know of one individual whose medication totals \$1,500 a month, and that in itself is shocking, not that the person is taking that medication at that expense, but the fact that they are caught between the rock and hard place. Yet, at the same time, they want to work, but know that their skills base does not allow them to make the money to be able to support their medication.

Ms. Deborah Jackman, as an individual: I feel that I need to add something to what Joan said. I believe that in Newfoundland there was a change recently that if you get a minimum-wage job, you are allowed to get six months.

The Chairman: What happens after six months?

Ms. Jackman: You are on your own. That is what causes people to stay on social assistance.

Senator Cochrane: First, I might begin with you, Joan. On page 1 of your brief, you mention that CHANNAL enjoys a healthy working relationship with their sponsor, but at the same time is in the process of becoming an independent organization. What would an independent organization do that you are not doing now?

Ms. Edwards-Karmazyn: To give you a little background regarding that statement, prior to my coming on board as their independence development manager, CHANNAL had had a conference, a planning session, and had arrived at that time, after 15 years of being under sponsorship, of wanting to look at becoming independent. I think CHANNAL was created 15 years ago with the intent of divesting programs within two to three years. However, that did not happen. The growth, infrastructure and governance did not take place. Along with CMHA's involvement and endorsement, the encouragement is now in place to go further along the road of independence to operate similar to other psychiatric consumer-survivor programs that operate across Canada directly funded from government with their own operating government number. They want to be able to do that. In the interest of independence, they have been given the blessing of CMHA, so we have a healthy working relationship and an endorsement to strive to do this. I think clearly the message has been sent to us in the movement that yes, this is possible. We have seen it happen with other models that are operating. A program that I had operated in Ontario in the Muskoka and Parry Sound region for a number of years is totally

social leur dit : « Vous pouvez faire 100 dollars de plus par mois », puis quelqu'un d'autre leur dit « je fais 200 dollars de plus par mois ». Je pense que c'est au cas par cas. Je ne pense pas qu'il existe une échelle mobile ou quelque chose du genre. Je n'en ai jamais entendu parler. J'ai l'impression que cela dépend du fait que le revenu est combiné ou non avec une prestation de la Commission canadienne des pensions ou une prestation d'invalidité. Tout dépend de ce que reçoit l'individu, ainsi il n'existe pas de montant précis pour tous. Les gens sont terrorisés de perdre leur aide au revenu, parce que s'ils retournaient sur le marché du travail, ils devraient gagner plus de 50 000 dollars par année pour pouvoir continuer de payer leurs médicaments. Je connais quelqu'un qui doit payer 1 500 dollars par mois pour ses médicaments, ce qui est choquant, ce n'est pas que la personne prenne des médicaments aussi chers, mais plutôt le fait que les personnes sont prises dans ce genre de dilemme. Elles souhaitent travailler, mais savent pertinemment que leur compétence ne leur permet pas de faire suffisamment d'argent pour payer leurs médicaments.

Mme Deborah Jackman, à titre personnel : Je voudrais ajouter quelque chose par rapport à ce qu'a dit Joan. Je crois qu'à Terre-Neuve, il y a eu récemment des changements, c'est-à-dire que si vous obtenez un emploi à salaire minimum, vous avez le droit d'obtenir six mois.

Le président : Qu'arrive-t-il après ces six mois?

Mme Jackman : Vous ne recevez plus rien. C'est pour cela que les gens ont tendance à rester sur l'assistance sociale.

Le sénateur Cochrane : Je vais peut-être commencer avec vous, Joan. À la page 1 de votre mémoire, vous dites que CHANNAL a établi une bonne relation de travail avec son commanditaire, mais qu'en même temps, elle est sur le point de devenir une organisation indépendante. Que feriez-vous en tant qu'organisation importante que vous ne faites pas à l'heure actuelle?

Mme Edwards-Karmazyn : Je vais mettre ce que je dis en contexte. Avant que je ne fasse partie cette organisation, en tant que directrice du développement de l'indépendance, CHANNAL a organisé une conférence et une session de planification, et en est arrivé au point où elle voulait considérer l'indépendance, après 15 ans de commandites. Je crois que CHANNAL a été créé il y a 15 ans avec l'intention de se départir de ses programmes dans une période de deux à trois ans. Cependant, cela ne s'est pas produit. La croissance, l'infrastructure et la gouvernance n'ont pas eu lieu. Avec la participation et le soutien de l'ACSM, il y a suffisamment d'encouragement à l'heure actuelle pour évoluer vers l'indépendance afin de mettre sur pied des programmes ciblant les personnes ayant un vécu psychiatrique qui soient similaires aux autres de l'ensemble du Canada qui sont financés directement par le gouvernement et qui possèdent leur propre numéro d'exploitation du gouvernement. Ils veulent pouvoir le faire. Ils ont reçu la bénédiction de l'ACSM pour obtenir l'indépendance, ainsi nous avons une bonne relation de travail et un endossement pour tenter de l'obtenir. Le message est clair, c'est possible. Nous avons vu d'autres modèles réussir et fonctionner. Un programme dont je m'occupais en Ontario

independent of the agency that they initially started with. It is on the road to recovery, again, but not just recovery of the individual. The whole message is yes, you are adults and you are able to do it; go for it and do it.

Senator Cochrane: Within this area that you are part of now, no other group is doing this?

Ms. Edwards-Karmazyn: I do not believe there is another group that is a self-help, peer-support-run group, such as CHANNAL. CHANNAL, again, is in its sixteenth year. To my knowledge, there is not another group or organization. The Canadian Mental Health Association has sponsored CHANNAL for the length of time it has been involved. To my knowledge, I do not believe there are others. There may be groups within hospital settings and day treatment settings and whatnot who end up eventually referring to CHANNAL at some point, but no, I do not see another group existent at this point in time.

Senator Cochrane: Let me go now to Ian. I, too, came from an education background. Like Senator Cordy, I am interested in the school system. What could be done within the school system now that would help identify some of these children, and maybe give them help before the problem gets too serious? Are teachers being educated in regards to diagnosing — diagnosing is not the word but being able to tap into — a problem that this child has, and before the problem gets serious, maybe consult a doctor or someone, even within the school board to get help as soon as possible?

Mr. Shortall: In this province, we have what they call now the Individual Support Services Planning process, ISSP. It was a program that was developed through a number of government departments, the Department of Justice, the Department of Health and the Department of Education. Its purpose was to identify children who may have problems in terms of how they perform in their school years that were related to a number of other variables and factors. Some of these children would be identified by the school, and the premise was that anyone could call an ISSP on a child, whether it is a parent or a social worker who is working out in the community with the family; anyone could do that. Typically, often the school initiates that because often the school is the one who identifies the child because the child may be posing problems in the school setting. I worked in Ontario for five years in a program, and we actually had a day treatment program based out of a school, as well as a separate school system for youth who are identified as having difficulties. These kids were not able to be managed in our school systems.

Apart from identifying children or identifying children who have issues, there is also the impact of the children who are in settings where a child is out of control in a classroom and other children who are witnessing this behaviour. These children may themselves be traumatized by the interventions to try to get that child under control. I have heard stories of children having to

dans la région de Muskoka et Parry Sound pendant un certain nombre d'années est actuellement indépendant de l'organisation qui l'a mis sur pied. C'est encore sur le même parcours de rétablissement, mais il ne s'agit pas simplement du rétablissement de la personne. Le message, c'est que oui, vous êtes des adultes et vous pouvez le faire, allez-y, faites-le!

Le sénateur Cochrane : Dans votre domaine, est-ce que d'autres groupes font cela?

Mme Edwards-Karmazyn : Je ne pense pas qu'il existe un autre groupe d'entraide géré par des pairs tel que CHANNAL. Encore une fois, CHANNAL fonctionne depuis 16 ans. À ma connaissance, il n'existe aucun autre groupe ou organisation de ce type. L'Association canadienne pour la santé mentale a commandité CHANNAL pendant toute la période où elle y a participé. À ma connaissance, je ne crois pas qu'il y en ait d'autres. Il peut y avoir d'autres groupes, dans des hôpitaux ou des centres de traitement de jour, ou autres, qui finissent par référer les clients à CHANNAL à un moment ou à un autre, mais non, je ne vois pas d'autre groupe à l'heure actuelle.

Le sénateur Cochrane : Je vais passer à Ian. Je viens aussi du système de l'éducation. Comme le sénateur Cordy, je suis intéressée par le système scolaire. Qu'est-ce qui peut être fait au sein du système scolaire maintenant qui permettrait d'identifier certains de ces enfants et peut-être de leur offrir de l'aide avant que le problème ne devienne trop sérieux? Les enseignants sont-ils formés pour trouver les problèmes — trouver n'est peut-être pas le mot, je dirais plutôt identifier — chez les enfants? Et avant que les problèmes n'empirent, l'enseignant peut-il consulter un médecin ou quelqu'un d'autre, même à la commission scolaire, afin d'obtenir de l'aide le plus tôt possible?

M. Shortall : Dans cette province, nous avons ce que nous appelons maintenant le processus de planification pour le maintien de l'individu, ISSP. C'est un programme qui a été élaboré par divers ministères, soit le ministère de la Justice, le ministère de la Santé et le ministère de l'Éducation. Le but était d'identifier les enfants qui avaient des problèmes de résultats scolaires en relation avec un certain nombre de variables et de facteurs. Certains de ces enfants pouvaient être identifiés par l'école et le principe était que toute personne pouvait demander que cet enfant fasse l'objet d'une évaluation, que ce soit un parent, un travailleur social qui travaille dans la collectivité avec la famille, ou n'importe qui. Tout le monde pouvait le faire. En général, c'est l'école qui demandait l'évaluation, parce que souvent, l'enfant causait des problèmes en milieu scolaire. J'ai travaillé en Ontario pendant cinq ans dans un programme et nous avons eu un programme de traitement d'un jour extrascolaire; de plus, il y avait un système scolaire distinct pour les jeunes identifiés comme ayant des difficultés. Notre système scolaire ne pouvait gérer le cas de ces enfants.

Outre l'identification des enfants, des enfants à problèmes, il y a également l'effet qu'un enfant à problèmes peut avoir sur les élèves de sa classe qui sont témoins de son comportement. Ces enfants eux-mêmes peuvent être traumatisés par les interventions visant à contrôler l'enfant à problèmes. J'ai entendu des histoires d'enfants qui devaient quitter la classe parce qu'un enfant perdait

leave classrooms because one child is out of control, and this may be a classroom of Grade 2 students where there are no resources in the classroom to manage that particular child, whether it is a student aide or whether it is consultation with the appropriate people. Guidance counsellors in our schools often are affiliated with more than one school. A guidance counsellor may need to know more than just 500 children in the school. They may have two schools they manage and, therefore, they visit the school regularly.

What I would advocate for, and where we have seen some success, is having social workers in schools. We have a social worker in a few schools in this region, not many, maybe two or three schools, who is employed by Health and Community Services. The social worker works part of the time in some cases in the school system, but not on a full-time basis. They tend to follow children where there are high risk families. I think we need more of that. I think we need to see more intervention at the school. Children spend most of their time in school, particularly young children. Teachers are overburdened and not properly resourced to deal with some of the behaviours they are seeing in children. Classroom sizes are way too large for younger children. On average, in a primary school in this city, you are looking at a minimum of around 28 to 30 children in a classroom, and that is children with all different kinds of needs: maybe children who are hungry coming to school that day who may not have had a meal, et cetera.

Senator Cochrane: Right, I know where you are coming from because there are such large classes and it is very hard, but we do have classes within our schools that are set aside for certain children who have disabilities of that sort.

I am also wondering about, on page 5, youth treated as adults.

Mr. Shortall: Yes.

Senator Cochrane: You mention, "The delivery of mental health services to children, youth and families is drastically different and requires specialized training." I know that. "Adult assessment tools do not work." Did you say that sometimes when there is no place for these children that they are put into adult institutions?

Mr. Shortall: Yes, sometimes if a young person is deemed to be at risk due to a mental illness and they need to be hospitalized, if they are over the age of 16, right now as our system exists they are seen in an adult setting, in a hospital where there could be other adults. We have only a few options in our city, and it is worse in other parts of the province. In our program, we will increase that age to 18, so we will have a designated number of beds in a pediatric general hospital that are specifically for people with mental health needs. That is something that is just now evolving. However, for many years we had young people over the age of 16 who were seen in a general hospital setting on an adult ward. If the person is deemed as being out of control or difficult to manage, they can be seen in our adult system at a provincial psychiatric hospital because that

sa maîtrise de soi dans une classe de seconde année, par exemple, où il n'existe aucune ressource dans la salle de classe pour calmer l'enfant comme un aide éducateur ou une consultation avec la personne appropriée. Les conseillers d'orientation dans nos écoles sont souvent affiliés à plus d'une école. Ils ne doivent pas seulement connaître les 500 enfants d'une école; ils peuvent être affectés à deux écoles.

Je préconiserais, et nous avons vu quelques réussites dans ce domaine, la présence de travailleurs sociaux dans les écoles. Nous avons un travailleur social dans quelques écoles de cette région, dans deux ou trois écoles, et ils sont employés par les services de santé et d'action communautaire. Dans certains cas, le travailleur social travaille une partie de son temps dans le système scolaire, mais pas à temps plein. Il peut faire le suivi des enfants dans les familles à haut risque. Je pense que nous avons besoin de plus de ce genre de choses. Je pense que nous avons besoin de plus d'interventions à l'école. Les enfants, tout particulièrement les jeunes enfants, passent la majeure partie de leur temps à l'école. Les enseignants sont débordés et n'ont pas les ressources suffisantes pour corriger certains des comportements des enfants. La taille des classes est souvent trop importante pour les enfants en bas âge. En moyenne, dans une école primaire de la ville, il y a un minimum de 28 à 30 enfants par classe, et il s'agit d'enfants avec des besoins différents : certains peuvent venir à l'école le ventre vide parce qu'ils n'ont pas eu à manger, et cetera.

Le sénateur Cochrane : C'est exact, je sais de quoi vous parlez, parce qu'il existe ici aussi des classes trop nombreuses et c'est très difficile, mais nous avons également dans nos écoles des classes spécialisées pour certains enfants qui ont ce genre d'incapacités.

J'ai également une question sur ce que vous dites à la page 5, que des jeunes sont traités en tant qu'adultes.

M. Shortall : Oui.

Le sénateur Cochrane : Vous mentionnez : « La prestation de services de santé mentale à des enfants, à des jeunes et à des familles est radicalement différente et nécessite une formation spécialisées ». Ça, je le sais. « Les outils d'évaluation des adultes ne fonctionnent pas. » Est-ce que vous dites que parfois, quand il n'y a pas de place pour ces enfants, ils sont mis dans des établissements pour adultes?

M. Shortall : Oui, parfois, si une jeune personne est considérée à risque à cause d'une maladie mentale et qu'il faut l'hospitaliser, si cette personne a plus de 16 ans, dans notre système, elle est placée dans un environnement adulte, dans un hôpital où il peut y avoir d'autres adultes. Nous avons peu de choix dans notre ville et c'est encore pire dans les autres parties de la province. Dans notre programme, nous augmenterons la limite d'âge à 18 ans, et ainsi, il y aura un certain nombre de lits réservés pour les jeunes ayant besoin de soins de santé mentale. C'est quelque chose qui vient d'évoluer. Cependant, pendant de nombreuses années, on retrouvait des jeunes de 16 ans et plus à l'hôpital général, recevant des services pour adultes. Si la personne n'a plus la maîtrise de soi ou si elle est considérée comme étant difficile, on peut l'envoyer dans un système pour adultes, dans un hôpital

may be the only place where they can be safely managed, in a secure facility or a secure unit. However, that is usually seen as a last resort. In some cases, people do well there, but they have the option of looking at what is best. We are moving towards that so we have more choices; making the service fit the needs of the youth as opposed to trying to make the person fit into the program.

Senator Cochrane: You said that there are only three beds for the summer that are available to mental health?

Mr. Shortall: In the eastern region, yes.

Senator Cochrane: In the eastern region?

Mr. Shortall: Yes: There is a program in Corner Brook where they have, I think, a number of adolescent and youth beds in a hospital.

Senator Cochrane: How many would you say we need for the summer?

Mr. Shortall: In the report I mentioned to you earlier, back a few years ago it was identified that we needed about eight to ten beds at any given time. Recently when we looked at our statistics, we were able to downsize that to approximately — I would need to check this for sure — four beds at any given time.

Senator Cochrane: Do you say the system is improving then?

Mr. Shortall: I think the system is improving. We are not there yet.

Senator Cochrane: Right.

Mr. Shortall: If you have two youth who present with an eating disorder, which is complex, their length of stay in hospital may be longer due to medical kinds of complications, and these may be one or two beds open for the summer for the province. It is not just this region sometimes. That is the tertiary hospital, the provincial hospital. It is better than what we had before because now at least we can go to the age of 18 in a more appropriate setting.

Senator Cochrane: When is this age 18 age coming into effect?

Mr. Shortall: I am sorry?

Senator Cochrane: You were talking about age 16 and they have to be treated. Now you are going to the age of 18.

Mr. Shortall: The facility is not completed. The physical structure needs to be modified. The majority of children seen in this facility in that under 16 age group were younger, so they are trying to accommodate it and build it in such a way that it has a separate area for the older youth, and there is not as much mixing with the younger children in that same facility.

psychiatrique provincial, parce que c'est peut-être le seul endroit où elle peut être traitée en toute sécurité, dans un endroit sûr et une unité sûre. Cependant, c'est considéré comme un dernier recours. Dans certains cas, les patients s'améliorent, mais les intervenants ont la possibilité de décider ce qui serait le mieux. Nous essayons de disposer de plus de choix, de faire en sorte que le service corresponde aux besoins du jeune, plutôt que d'essayer que la personne se conforme au programme.

Le sénateur Cochrane : Vous avez dit qu'il n'y avait que trois lits de disponibles l'été pour les soins en santé mentale?

M. Shortall : Dans la région de l'Est, oui.

Le sénateur Cochrane : Dans la région de l'Est?

M. Shortall : Oui. Il existe un programme à Corner Brook où ils ont, je crois, un certain nombre de lits pour les adolescents et les jeunes dans un hôpital.

Le sénateur Cochrane : Et d'après vous, de combien de lits aurions-nous besoin pour l'été?

M. Shortall : Dans le rapport dont j'ai parlé tout à l'heure, qui date de quelques années, le besoin était de huit à dix lits à tout moment. Récemment, en étudiant les statistiques, nous avons pu réduire ce chiffre à environ quatre lits en tout temps, mais j'aurais besoin de vérifier pour en être sûr.

Le sénateur Cochrane : Dites-vous alors que le système s'améliore?

M. Shortall : Je pense que le système s'améliore, mais nous ne sommes pas là où nous voulons être.

Le sénateur Cochrane : D'accord.

M. Shortall : Si vous prenez deux jeunes qui souffrent de troubles de l'alimentation, qui est une maladie complexe, la durée de leur séjour à l'hôpital peut être plus longue, à cause de complications médicales, et c'est peut être le ou les lits disponibles pour l'été dans la province. Et parfois, ce n'est pas uniquement dans cette région. C'est l'hôpital tertiaire, l'hôpital provincial. C'est mieux que ce que nous avions auparavant, parce que maintenant, au moins, nous pouvons aller jusqu'à l'âge de 18 ans dans un hôpital plus approprié.

Le sénateur Cochrane : Quand cette limite de 18 ans entrera-t-elle en vigueur?

M. Shortall : Pardon?

Le sénateur Cochrane : Vous parliez de l'âge de 16 ans pour les traitements, et vous dites que maintenant, la limite sera de 18 ans.

M. Shortall : Ce centre n'est pas terminé. La structure physique doit être modifiée. La majorité des enfants qui se trouvaient dans ce centre faisaient partie des moins de 16 ans, alors ils étaient encore plus jeunes; c'est pourquoi il faut rénover et construire le centre de telle sorte qu'il y ait une zone distincte pour les plus vieux et qu'il n'y ait pas autant de mélange avec les plus jeunes.

Senator Cochrane: Are you integrated or do you have a relationship with other organizations within the mental health system where you can compare different progress, ideas and things? Maybe Joan can answer as well. Do you integrate your services with other services that are of the same nature?

Mr. Shortall: Absolutely. Even though we are the largest city or town in the province, it is still a small tight community, especially when you talk about children and youth because there are so few resources.

There is reference in the report about services being fragmented. They are, but sometimes with children and youth you need to look at other departments and other programs because if you are looking at needs from a holistic approach, then it does involve other stakeholders. We have gotten much better at doing that, and there are structures in place where we have reasons to come together and talk about some of the barriers around our services.

Senator Cochrane: And the good points.

Mr. Shortall: Absolutely.

Senator Cochrane: Remedies, right?

Ms. Edwards-Karmazyn: Shall I answer that question?

The Chairman: Go ahead.

Ms. Edwards-Karmazyn: The short answer is yes. The short answer is no. We have integration happening. We have CHANNAL volunteers and members who are involved with community partners, and that does not necessarily mean community partners of mental health. It could be across the spectrum of health care. Yes, it is happening, but we could certainly use a lot more of it.

Senator Gill: I have also been involved with education, teaching and in charge of schools on Indian reserves and off Indian reserves. When I had a so-called problem with a young person, I would usually look carefully at the family behaviour and things like that.

I am concerned about adolescents. I have been through that with my kids and with my grandchildren. By the way, I have 13 grandchildren, and they have all made their way through their adolescence. We know that it is not easy for those kids to find their way in life and to work on their personalities. It is difficult to know if a kid is normal. Society has standards, and when you do not behave according to the standards, people find that difficult to relate to. This is my concern. How do we know if an adolescent has psychiatric problems or if he or she is just experiencing a normal adolescent crisis? I am talking about young people who live in isolated areas of our country, as compared to grand cities like Montreal, Toronto and the like. Could you explain that to me?

Le sénateur Cochrane : Êtes-vous intégrés ou avez-vous des liens avec d'autres organismes de santé mentale avec qui vous pouvez comparer les progrès, les idées et autres choses? Peut-être que Joan peut répondre également à cette question. Est-ce que vous intégrez vos services à d'autres services de même nature?

M. Shortall : Oui, absolument. Même si nous sommes la plus grande ville de la province, il s'agit toujours d'une petite collectivité très fermée, particulièrement quand on parle d'enfants ou de jeunes, parce qu'il y a si peu de ressources.

Dans le rapport, on fait référence à la fréquentation des services. Ils sont fragmentés, mais parfois, avec les jeunes et les enfants, il faut voir ce qui se passe dans d'autres ministères et dans d'autres programmes, parce que si l'on veut avoir recours à une approche holistique, il faut que d'autres y participent. Nous avons fait beaucoup de progrès et des structures sont en place afin de nous permettre de nous réunir et de parler de certains obstacles à nos services.

Le sénateur Cochrane : Et des points forts.

M. Shortall : Absolument.

Le sénateur Cochrane : Des solutions, n'est-ce pas?

Mme Edwards-Karmazyn : Est-ce que je dois répondre à cette question?

Le président : Allez-y.

Mme Edwards-Karmazyn : La réponse est à la fois oui et non. Nous avons une intégration des services. Nous avons CHANNAL, des bénévoles et des membres qui participent avec des partenaires de la collectivité, et pas uniquement dans le domaine de la santé mentale. C'est dans l'ensemble des soins de santé. Oui, il y a une intégration, mais il pourrait y en avoir beaucoup plus.

Le sénateur Gill : J'ai moi aussi travaillé dans le secteur de l'éducation, j'ai enseigné et j'ai été responsable d'écoles dans les réserves indiennes et hors des réserves indiennes. Quand j'avais un soi-disant problème avec un jeune, j'essayais de tenir compte du comportement de la famille, et cetera.

Je suis préoccupé au sujet des adolescents. J'ai vécu l'adolescence de mes enfants et celle de mes petits-enfants. En passant, j'ai 13 petits-enfants et ils ont tous passé au travers de l'adolescence. Nous savons que ce n'est pas facile pour ces enfants, pour qu'ils arrivent à trouver leur voie dans la vie et à travailler sur leur personnalité. C'est difficile de savoir si un enfant est normal ou non. La société a des normes et quand vous ne vous comportez pas conformément à ces normes, les gens trouvent cela difficile. C'est ce qui me préoccupe. Comment savoir si un adolescent a des problèmes psychiatriques ou s'il vit simplement une crise d'adolescence normale? Je parle de jeunes qui vivent dans des coins isolés de notre pays, par rapport à ceux des grandes villes comme Montréal, Toronto, et cetera. Est-ce que vous pouvez m'expliquer cela?

Mr. Shortall: I am a parent of children who have not reached adolescence yet, so when they do I may come to you. If you have 13 grandchildren now who are reaching adolescence, maybe I will need to come to you. That is a good question.

You mentioned family involvement, and of course families are involved in our program. As a team, we meet with families to get their perspective as well as that of the child or the adolescent around what it is that they are noticing in terms of the concerns they bring forward. This is done in the context of a room where people observe what is happening. It is not a room with a two-way mirror. It is an open room, which we experimented with when we first started out as a program. The family comes for an hour to talk about what concern they have and then they will have a chance to hear out loud what the team members think about that concern or what is brought forward. The team will try to normalize some of those behaviours in the context of what is normal for any adolescent so there is an educational piece that the family will hear that maybe another team member may have even struggled with, with their own child. We are no different in that way, none of us. Then the team reflects back to the family what was observed and what things they are doing well that they should continue to do. We talk about the problem of the youth as if it is sometimes a problem external to that person: that it is not the person, it is the problem that is concerning the family, particularly in cases where there is a lot of concern around behavioral kinds of things. We will write a letter to the family of the youth, commenting on what we have done. The purpose is to empower the family and the young person because when you come to see someone, sometimes you can feel as if you do not know anything and you are coming for help. In fact, we run from the premise that the families themselves have far more knowledge about their child than we ever could know. That is the premise that we work from.

Some things are outside the boundaries of, I will not say normal but that may lead us to be more concerned about the well-being of that person. There are ways of asking questions that delineate some of that. However, even when you do that, it is always important we do not get so wrapped up all the time in what the diagnosis is of a person. People are more than just a diagnosis, children, youth and adults. However, we try to focus on the strengths that help them overcome those issues and help the family see, as well, beyond the problem that is presented. We have purposely trained our staff to think that way, and we have done it in different ways. We have modeled that by constantly having a feedback loop from the parents and the families that is both written and verbal back to the team. We are open in terms of even saying at times when we do not know what the answer is. We will say, "We do not know, you need to help us here." I think that kind of engagement is a way of normalizing certain things. However, we will draw attention and highlight things when we think it is concerning.

M. Shortall : Je suis père d'enfants qui n'ont pas encore atteint l'adolescence, et lorsque ce sera le cas, je viendrai peut-être vous voir. Si vous avez 13 petits-enfants qui arrivent à l'adolescence, peut-être que j'ai besoin d'aller vous voir. C'est une bonne question.

Vous avez mentionné la participation des familles et bien sûr les familles participent à notre programme. En tant qu'équipe, nous rencontrons les membres de la famille pour avoir leur point de vue, ainsi que celui de l'enfant ou de l'adolescent sur ce qu'il remarque par rapport à la préoccupation qu'ils ont exprimés. Cela se fait dans une salle, où nous observons ce qui a lieu. Ce n'est pas une salle avec un miroir sans teint. C'est une salle ouverte, dont nous avons fait l'expérience lorsque nous avons commencé notre programme. Les membres de la famille viennent parler pendant une heure de ce qui les préoccupe puis ils ont la possibilité d'écouter les intervenants de l'équipe dire ce qu'ils pensent de la préoccupation ou de ce qui est exprimé. L'équipe a essayé de normaliser certains des comportements dans le contexte de ce qui est normal pour tout adolescent, ainsi il y a une partie éducative que la famille entendra, et il peut y avoir un membre de l'équipe qui a eu de la difficulté avec ça, avec son propre enfant. Nous ne sommes pas différents, aucun d'entre nous. Puis l'équipe explique à la famille ce qui a été observé, ce qu'ils font bien et ce qu'ils devraient continuer de faire. Parfois, nous parlons du problème du jeune comme si c'est un problème extérieur à la personne : il ne s'agit pas de la personne, il s'agit d'un problème qui préoccupe la famille, particulièrement dans les cas où il existe beaucoup de préoccupations sur les comportements. Nous écrivons une lettre à la famille de ce jeune avec nos commentaires sur ce que nous avons fait. Le tout vise à responsabiliser la famille et le jeune, parce que lorsqu'ils viennent consulter, ils peuvent avoir le sentiment de ne rien savoir, comme s'ils demandent de l'aide. En fait, nous partons du principe que les familles elles-mêmes connaissent beaucoup plus leur enfant que nous. C'est le principe à partir duquel nous fonctionnons.

Certaines choses dépassent les limites de, je ne vais pas dire de la normalité, mais cela nous pousse à être plus préoccupés du bien-être de cette personne. Il y a des moyens de poser des questions pour déterminer ce genre de choses. Cependant, faut toujours éviter d'être obnubilé par le diagnostique d'une personne. Les gens sont plus qu'un diagnostique, qu'il s'agisse d'un enfant, d'un jeune ou d'un adulte. Nous essayons de nous concentrer sur les points forts qui les aident à passer au travers de ces problèmes et nous aidons la famille à voir également au-delà du problème présenté. Nous avons intentionnellement formé notre personnel à penser de cette façon-là et nous l'avons fait de différentes façons. Nous avons conçu une boucle de rétroaction continue, à la fois écrite et orale, allant des parents et des familles à l'équipe. Nous sommes ouverts, c'est-à-dire que parfois nous disons que nous ne connaissons pas la réponse. Nous disons : « Nous ne savons pas, il faut que vous nous aidiez pour cela ». Je pense que ce type d'engagement est une façon de normaliser certaines choses. Cependant, nous allons attirer l'attention sur certaines choses ou bien les souligner, si nous pensons qu'elles sont matière à préoccupation.

Senator Gill: Joan, I like your approach, talking about the peer support. I grew up on a reserve. I went to school in the non-Native system, but occasionally I needed to go back to my family, back to my grandfather. I even become emotional talking about that. I needed some reference in my life, and this is the way that I got it. People need an explanation of what is going on and why we see big changes. Sometimes, I feel that we do not do that enough with kids and adolescents, and even with some adults who have problems. It does not mean that we are not adding other values living in today's world. We have to do that, but we have to be in control, and to be in control, we have to know where we come from and who we are. I like your peer support program, but I wonder how it works in particular with immigrants and Aboriginals.

Ms. Edwards-Karmazyn: In terms of cross-cultural, new immigrants and Aboriginal folks, within CHANNAL I imagine the peer support would certainly recognize that as an initial possible barrier. At the same time I think the individuals, the people who are working at CHANNAL, the volunteer leaders, are astute enough and mindful enough, and through our discussions and our quasi-training that we receive right now, to understand that we can transcend culture, we can overcome, and it is the communication of the heart. I like to refer to it as the alternative medicine that people will receive. Again, I go back to what I relate to in the telling of our stories. Human beings are human beings. Of course, culture will make a difference, an impact in respect to domains of life and how that life unfolded for them. However, coming into the doors of CHANNAL, I am honestly able to say that I trust that the people who run CHANNAL are able to transcend culture. That is the best way I can describe that for you.

The Chairman: Thank you both for coming today. We appreciate your testimony.

The Chairman: Senators, our next three presenters are Kim Baldwin, the Director of Mental Health and Addictions Services for the St. John's region, Ron Fitzpatrick, who is here as an individual, and Geri Dalton, who is a nurse practitioner in the Short Stay Unit at the Waterford. We will begin with Ms. Dalton.

Ms. Geri Dalton, Nurse Practitioner, Short Stay Unit, Waterford Hospital: Good afternoon. I am pleased to have been invited to speak about the Short Stay Unit Assessment Unit and my role as nurse practitioner in that area. I will offer my perspectives on the reform of the mental health system.

I have been working in the mental health field for 24 years, and have functioned in a variety of positions: staff nurse, nurse administrator, nurse educator and, most recently, nurse practitioner. I am a primary health care nurse practitioner. I

Le sénateur Gill : Joan, j'aime bien votre approche, vous parlez du soutien des pairs. J'ai grandi dans une réserve. Je suis allé à l'école dans le système scolaire non-autochtone, mais parfois j'avais besoin de revenir à la famille, de revenir voir mon grand-père. Je suis même très ému d'en parler. J'avais besoin d'une référence dans ma vie et c'est la façon dont je l'ai obtenue. Les gens ont besoin d'une explication sur ce qui se passe et de la raison pour laquelle il y a des changements importants. Parfois, j'ai l'impression que nous ne faisons pas suffisamment cela avec les enfants et les adolescents et même parfois avec quelques adultes qui ont des problèmes. Cela ne veut pas dire que nous n'ajoutons pas d'autres valeurs, en vivant dans ce monde d'aujourd'hui. Il nous faut faire cela, mais nous devons garder le contrôle, et pour garder le contrôle, il faut savoir d'où nous venons et qui nous sommes. J'aime votre programme de soutien par les pairs, mais je me demande comment il fonctionne, en particulier lorsqu'il s'agit d'immigrants ou d'Autochtones.

Mme Edwards-Karmazyn : En ce qui concerne le domaine interculturel, les nouveaux immigrants et les Autochtones, au sein de CHANNAL, je suppose que le soutien aux pairs reconnaîtrait très certainement cela comme une barrière initiale possible. Cependant, d'après moi, les individus, les personnes qui travaillent à CHANNAL, les chefs bénévoles sont suffisamment astucieux et conscients, à travers nos discussions et notre quasi-formation actuelle, pour comprendre que nous pouvons transcender la culture, que nous pouvons vaincre et que de toute façon il s'agit de communications au niveau du cœur. J'aime bien en parler comme d'une médecine alternative que les gens peuvent recevoir. De nouveau, je parle de ce que j'ai appris, des histoires que j'ai entendues. Les êtres humains sont des êtres humains. Bien sûr, la culture fait une différence, elle a une influence par rapport à certains domaines de la vie et par rapport à la façon dont la vie s'est développée pour chacun. Cependant, quand vous arrivez à CHANNAL, je suis tout à fait honnêtement capable de vous dire que j'ai confiance en le fait que les gens qui travaillent chez CHANNAL sont capables de transcender la culture. C'est la meilleure description que je peux vous donner.

Le président : Merci à vous deux d'être venus aujourd'hui. Nous avons apprécié vos témoignages.

Le président : Le sénateurs, nos trois prochains intervenants sont Kim Baldwin, directrice de la santé mentale et de la toxicomanie pour la région de Saint-Jean-de-Terre-Neuve, Ron Fitzpatrick, qui est là à titre personnel, et Geri Dalton, qui est une infirmière praticienne à l'unité de séjour de courte durée de l'Hôpital Waterford. Nous allons commencer avec Mme Dalton.

Mme Geri Dalton, infirmière praticienne, Unité de séjour de courte durée, Hôpital Waterford : Bonjour. Je suis heureuse d'avoir été invitée et de pouvoir parler de l'unité d'évaluation de l'Unité de séjour de courte durée et de mon rôle en tant qu'infirmière praticienne dans ce domaine. Je vais vous donner mon point de vue sur la réforme du système de santé mentale.

Je travaille dans le domaine de la santé mentale depuis 24 ans et j'ai occupé plusieurs postes : infirmière de soins généraux, infirmière administratrice, infirmière enseignante et, plus récemment, infirmière praticienne. Je suis infirmière praticienne

graduated from the Centre for Nursing Studies in 1999 and I have been employed with the mental health program of the previous Health Care Corporation of St. John's in the acute admission area as one of three nurse practitioners hired since 1999 to work in that area. Presently, I am the nurse practitioner working in Short Stay Unit-Psychiatric Assessment Unit at the Waterford Hospital. It is a new service, which opened in February of 2002. It is actually two separate services, but it is staffed by the same interdisciplinary team who work for both areas.

The Short Stay Unit, SSU, was developed to better serve those patients who required a brief period of stabilization plus intensive needs assessment, and to ensure rapid reconnection with the community. It is a seven-bed, inpatient unit with a length of stay of 72 hours or three working days. The admission criteria states that the patient admitted to the area must have a psychiatric diagnosis, and that they cannot be managed safely in a less restrictive environment. However, their suitability is based on the expectation that they can be discharged within 72 hours.

The Psychiatric Assessment Unit, PAU, provides 24-hour psychiatric care to the public, including clients brought in by law enforcement officers and who are detained under the Mental Health Act of the province. It is now designated as a safe setting for individuals picked up under the Mental Health Act, and who are detained until a psychiatric assessment can be completed. This work was previously done behind bars. People picked up under our Mental Health Act previously went to St. John's city lock-up and were held there until they were assessed. Essentially, we have taken people out of our city lock-ups and brought them to our treatment centre.

The unique feature of this particular service is that there are three holding beds or crisis intervention beds associated with the service, which allows us to provide an assessment of somebody who may come in and may not require admission, but we are not comfortable sending them home right away. We may want to keep them overnight, see if a collateral history is needed from somebody or have an opportunity to hook them up with services in the morning. They do not have to be admitted to hospital. Previously, the only option we had was to admit them to an inpatient psychiatric unit, whereas now, we can have the person stay in a holding bed overnight. They are monitored by staff and they are reassessed in the morning as to what their needs are. They may well go home. That is a new feature with three beds dedicated in that area.

That is an overview of the service and the Psychiatric Assessment Unit, and I am sure you will have questions for me on it.

de soins de santé primaires. J'ai reçu mon diplôme en 1999 du Centre d'études infirmières et j'ai obtenu un emploi dans le programme de santé mentale de ce qui était anciennement la Health Care Corporation de Saint-Jean dans le service d'admission aiguë en tant que l'une des trois infirmières praticiennes embauchées depuis 1999 pour travailler dans ce domaine. À l'heure actuelle, je suis l'infirmière praticienne qui travaille à l'unité d'évaluation psychiatrique de l'Unité de séjour de courte durée de l'Hôpital Waterford. Il s'agit d'un nouveau service qui a ouvert en février 2002. Il s'agit en fait de deux services distincts, mais le personnel fait partie de la même équipe interdisciplinaire qui travaille dans les deux domaines.

L'unité de séjour de courte durée a été créée pour mieux servir les patients ayant besoin d'une brève période de stabilisation en plus d'une évaluation des besoins afin d'assurer une réintégration rapide dans la communauté. C'est une unité d'hospitalisation de sept lits, et l'hospitalisation est d'une durée de 72 heures ou de trois jours ouvrables. Selon les critères d'admission, le patient admis doit avoir un diagnostic psychiatrique et ne doit pas pouvoir être traité de façon sûre dans un environnement moins restrictif. Cependant, les critères d'admissibilité se basent sur le principe que les lits peuvent être libérés dans les 72 heures.

L'unité d'évaluation psychiatrique fournit des soins psychiatriques de 24 heures à la population, y compris les patients emmenés par des policiers et qui sont détenus en vertu de la Loi sur la santé mentale de la province. Ce service est désigné comme un endroit sûr pour les personnes arrêtées en vertu de la Loi sur la santé mentale et qui sont détenues jusqu'à ce qu'une évaluation psychiatrique puisse être effectuée. Auparavant, ce travail était fait en prison. Des personnes appréhendées en vertu de la Loi sur la santé mentale allaient autrefois au lieu de détention de Saint-Jean et y demeuraient jusqu'à leur évaluation. Nous avons essentiellement tiré ces gens de leur lieu de détention et les avons amenés dans notre centre de traitement.

La caractéristique unique de ce service particulier est que nous disposons de trois lits tampons ou trois lits d'intervention d'urgence associée au service, ce qui nous permet d'évaluer une personne sans qu'elle soit admise, mais que nous ne pouvons pas renvoyer chez elle immédiatement. Il est possible que nous ayons à garder cette personne jusqu'au lendemain, que nous vérifions si les antécédents fournis par les proches sont nécessaires ou que nous l'envoyons à d'autres services le lendemain matin. Ils n'ont pas besoin d'être admis à l'hôpital. Auparavant, la seule option dont nous disposions était de faire admettre la personne à une unité psychiatrique d'hospitalisation, alors que maintenant, la personne peut rester jusqu'au lendemain matin dans un lit tampon. Les patients sont surveillés par le personnel et reçoivent une nouvelle évaluation le lendemain matin pour savoir quels sont leurs besoins. Et ils pourraient très bien rentrer chez eux. C'est une nouvelle caractéristique, ces trois lits réservés à ce type de patients dans ce service.

J'ai fait là un survol des services d'évaluation psychiatrique et de l'unité d'évaluation psychiatrique, et je suis sûre que vous voudrez me poser des questions.

In terms of my role as a nurse practitioner in the mental health system, as far as I know, there are three primary health care nurse practitioners working in mental health in this province. I do not think there are any other nurse practitioners working in mental health. I am a primary health care nurse practitioner, but I work in the mental health setting. That does not mean that nurse practitioners working in communities are not providing mental health services, but in a specialized area, I think there are only three of us. Two of us were hired and placed on acute-care inpatient units in the provincial psychiatric facility at Waterford and one was on the inpatient unit on the Health Sciences Centre. We work collaboratively with the psychiatrist, the GP and the other members of an interdisciplinary team to develop a treatment plan, to facilitate patient access to services, and to determine and implement appropriate health promotion or disease prevention strategies. We monitor the client's condition during hospitalization, we identify any family or client needs and provide education or counselling regarding health issues to ensure that the patient's participation and understanding of the prescribed treatments is good.

In my area as a nurse practitioner, my daily work involves performing comprehensive health assessments and physical examinations, ordering appropriate treatments and interpreting diagnostic tests, establishing and diagnosing those conditions and prescribing or treating those that are within my scope of practice. I see clients who have conditions that are outside my scope of practice, then I work in a consultative relationship with other health providers or I refer the person to a more appropriate provider. As well, I manage clients with stable chronic conditions.

To date, my practice has been institution-based and has focused significantly on diagnosis and treatment of acute mental illness. Because I see people in their most acute phase on an inpatient psychiatric unit, it is not a natural environment and it is not necessarily the best time to intervene in terms of health promotion, or illness prevention, rehabilitation or recovery strategies. I think we would be better utilized in these areas if we were in community-based services. It certainly presents challenges.

I am seeking this committee's support for the integration of a nurse practitioner role into the delivery of services at the community level, whether it is through primary health care clinics or primary mental health service delivery in the province. This role can only strengthen the team of providers working with individuals, families and communities to improve the health for all.

In regard to reform of the mental health system in Newfoundland, I will speak briefly. The Government of Newfoundland has undertaken the process of developing a

Pour ce qui est de mon rôle d'infirmière praticienne dans le réseau de la santé mentale, que je sache, la province compte trois infirmières praticiennes de soins de santé primaires oeuvrant en santé mentale. Je ne crois pas qu'il y en ait d'autres. Même si je suis une praticienne oeuvrant dans les soins primaires, je travaille dans un encadrement de santé mentale. Cela ne veut pas dire que les infirmières praticiennes communautaires ne fournissent pas de services en santé mentale, mais je crois que nous ne sommes que trois dans ce secteur spécialisé. Deux d'entre nous ont été embauchées pour travailler dans les unités des soins intensifs pour malades hospitalisés à l'Institut provincial de psychiatrie de Waterford, et l'une a été envoyée à l'unité des malades hospitalisés du Centre des sciences de la santé. Nous travaillons en collaboration avec le psychiatre, le généraliste et les autres membres de l'équipe interdisciplinaire en vue d'élaborer un plan de traitement, de faciliter l'accès des patients aux services et en vue de déterminer et de mettre en œuvre des stratégies appropriées de promotion de la santé et de prévention des maladies. Nous suivons l'état du patient en cours d'hospitalisation, nous nous demandons quels besoins il faut combler auprès de notre client ou de sa famille et nous fournissons des services d'information ou de counselling sur les questions de santé en vue de faire en sorte que le patient participe de façon éclairée à son traitement et comprenne bien quels traitements lui sont prescrits.

À titre d'infirmière praticienne, j'effectue quotidiennement des évaluations exhaustives de la santé ainsi que des examens physiques, j'approuve des traitements appropriés, j'interprète des diagnostics, je donne des cotes médicales, je fais des diagnostics, je prescris des médicaments et je traite les patients qui relèvent de mon domaine de pratique. Lorsque je rencontre des clients dont l'état de santé déborde de mon domaine de pratique, je travaille en consultation avec d'autres fournisseurs de soins, ou je renvoie le patient à un spécialiste plus approprié. Je gère également des clients dont la condition chronique est stable.

Jusqu'à maintenant, j'ai toujours pratiqué dans des institutions, et j'ai mis surtout l'accent sur le diagnostic et le traitement de maladies mentales aiguës. Puisque ceux que je rencontre sont en crise et se retrouvent hospitalisés à l'unité psychiatrique, cet environnement ne leur est donc pas naturel et, par conséquent, ce n'est pas nécessairement le meilleur moment pour intervenir et faire de la promotion de la santé, de la prévention de la maladie, ou d'imposer une stratégie de réadaptation ou de convalescence. Ce type de services pourrait être beaucoup mieux utilisé dans des organisations communautaires. C'est un défi à relever.

Je demande au comité son appui en vue de l'intégration du rôle de l'infirmière praticienne dans la prestation des services communautaires, que ce soit dans des cliniques de soins de santé primaires ou dans des organisations de prestation des services de santé mentale primaires dans la province. Notre présence ne peut que renforcer l'équipe de fournisseurs de soins qui œuvre auprès des individus, des familles et des collectivités pour améliorer la santé de tous.

En ce qui concerne la réforme des soins de santé mentale à Terre-Neuve, je serai brève. Le gouvernement terre-neuvien a entrepris d'élaborer un plan des services en santé mentale qui

mental health services plan developed for this province. This process has involved a lot of consultation along the lines outlined by this committee in its reports. Along with consultation, there has been debate, review of literature, review of reports and inquiries to help develop a plan that is comprehensive and responsive for the province. I am excited about it. I have been in this field for 24 years and reform has been a long time coming. I am hoping that we will see even more happening in the area, but the plan is here and now my biggest concern is that it is fully implemented and properly funded to ensure that it meets the needs of the people of this province.

In that plan, there is talk about the influence of income, housing, families and the formalized system. They have tried to look at the entire picture and at ways of addressing concerns and, in particular, at how it can be done in regions, rural versus urban, and what services are needed.

Immediate attention is needed for revision to our provincial Mental Health Act. Our Mental Health Act is 35 years old and it is grossly outdated. It was developed in an era when patient and consumer rights were not a predominant issue, and options for treatment were incredibly limited. What concerns me is the Mental Health Act is the only legislation, apart from the criminal code, that allows for the detention of somebody against their will. Our act also provides for the treatment of individuals against their will if they are deemed to be suffering from a mental illness and unable to make decisions for themselves. It is serious legislation that is seriously outdated and in need of revamping. In Newfoundland, there are 500 incidents per year of persons being admitted to psychiatric services under the Mental Health Act, and there are another 500 people detained and assessed, and not admitted. The act is used extensively in terms of managing mental health issues in the province and it needs to reflect the times. Until recently, the detention was primarily lock-ups and as I said, in St. John's, the Short Stay Unit has changed that practice, but in rural areas, they still use lock-ups in many cases because there is no safe place or safe rooms in regional facilities.

Recently, in some of our remote areas, the requirement for a physician's signature to transport someone to a psychiatric facility when no physician is immediately available has resulted in delays in receiving adequate treatment and unnecessary distress for individuals and families. Inclusion of other caregivers, such as nurse practitioners, as those able to assess and certify individuals detained under the Mental Health Act could alleviate some of these concerns and situations.

In addition, the appeal process associated with the Mental Health Act is extremely poor. There is one review board for the province, and the response to applications made is extremely slow. I would say in 90 per cent, or maybe even higher, of the

s'appliquerait à ses citoyens. Il a donc entrepris beaucoup de consultations dans la veine de ce que proposait le comité, dans ses rapports. Outre les consultations, l'élaboration du plan a donné lieu à des débats, à une recension de la littérature spécialisée, des rapports et des enquêtes, en vue de le rendre exhaustif et applicable à la province. Je m'en réjouis beaucoup, car cela fait déjà 24 ans que je travaille dans ce domaine et que j'attends depuis longtemps la réforme. J'espère que beaucoup d'autres choses surviendront également dans ce secteur, mais le plan existe maintenant, et ce que j'espère, c'est qu'il sera mis en œuvre pleinement et qu'il sera suffisamment financé pour répondre aux besoins de nos concitoyens.

Ce plan parle de l'influence du revenu, du logement, des familles et du système officiel. Ce plan tente de brosser un tableau d'ensemble et de trouver comment répondre aux préoccupations des zones rurales, tout particulièrement, par opposition aux zones urbaines. Il tente de cerner également les services requis.

De façon plus immédiate, il faut réviser notre loi provinciale sur la santé mentale qui remonte à 35 ans et qui est considérablement désuète. Elle a été adoptée à une époque où on se préoccupait peu des droits des patients et des clients, et où les possibilités de traitement étaient extrêmement limitées. Ce qui m'inquiète particulièrement, c'est que, mis à part le Code criminel, cette Loi sur la santé mentale est la seule qui permette la détention d'une personne contre son gré. Notre loi permet également que l'on traite des patients contre leur gré, si l'on estime qu'ils souffrent de maladies mentales et qu'ils sont incapables de décider par eux-mêmes. Cette loi à grande portée est gravement désuète et doit être modernisée. À Terre-Neuve, 500 personnes par année sont admises aux services psychiatriques en vertu de la Loi sur la santé mentale, tandis que 500 patients de plus sont détenus et évalués, et par conséquent non hospitalisés. Cette loi sert souvent à gérer les problèmes de santé mentale de la province, alors qu'elle devrait être de son temps. Jusqu'à récemment, on enfermait surtout les gens pour les détenir. Mais comme je l'ai expliqué, l'unité de court séjour à St. John's a réussi à faire changer cette pratique. Toutefois, on continue à enfermer les gens très souvent dans les zones rurales, puisqu'on n'y trouve pas de lieux sûrs ou de chambres sûres pour garder les patients dans les hôpitaux régionaux.

Tout récemment, dans certains de nos régions éloignées, l'obligation pour un médecin de signer en vue d'autoriser le transport d'un patient vers une unité psychiatrique, lorsque aucun médecin n'est immédiatement disponible, s'est traduite par des délais dans le traitement adéquat et dans une détresse inutile pour ces patients et leurs familles. En incluant dans l'équipe d'autres soignants, comme les infirmières praticiennes, qui peuvent évaluer les individus et les déclarer atteints d'aliénation mentale alors qu'ils sont détenus en vertu de la Loi sur la santé mentale, cela pourrait certes atténuer les problèmes et les préoccupations.

En outre, le processus d'appel afférent à la Loi sur la santé mentale est extrêmement lacunaire. Il n'existe qu'un conseil d'examen dans la province, et il faut attendre longtemps une réponse à sa demande. Je dirais que dans 90 p. 100 des cas, voire

cases of people applying for review, they are decertified and have gone home before their application has even been considered. There is something fundamentally wrong with this process.

There needs to be a redesign and implementation of a new act which respects the autonomy and decision-making ability of individuals, and is based on current evidence and clinical practice standards. I suggest that perhaps there should be national Mental Health Act legislation rather than leaving the responsibility for updating this powerful and important piece of legislation to provincial agendas.

Finally, on a personal note based on my own observations, I have been concerned about the recent implementation by our province of restrictive policies regarding access to atypical anti-psychotic medications. Pharmacological intervention is the keystone treatment for many mental illnesses, and access to medication is essential. Persons with mental illnesses should not have their recovery jeopardized. Their quality of life cannot be measured in dollars and cents. New drugs with improved side-effect profiles must be made available to our mentally ill persons. This availability will support early intervention and prevent the declined functioning often seen with sub-optimal treatment and, hence, help reduce the isolation, stigmatization and discrimination clients often experience.

In closing, our Canadian mental health system has long needed a champion and an advocate for reform and I would like to thank this committee for taking on that role. Your work is most encouraging.

Ms. Kim Baldwin, Director of Mental Health and Addictions, Health and Community Services — St. John's Region: Good afternoon. First, I want to thank you for the opportunity to address your committee this afternoon. When I was initially contacted to appear today, it was with respect to talking about new developments in the addictions area, specifically methadone maintenance treatment, but I would be remiss as director of a community-based mental health and addictions program not to highlight some of the strengths and challenges we currently face in this province.

I have worked in the addictions field for approximately 20 years and more recently have assumed responsibility for community mental health services. Our organization, over the last five or six years, looked at integrating the Mental Health and Addictions program under one structure, and that was in an effort to respond more appropriately to the issues of co-occurring mental health issues and addictions. However, we also recognize that there are distinct differences that need to be maintained and respected, so we have been able to maintain two distinct programs that intersect as well.

plus, lorsqu'il y a une demande de révision, on refuse de déclarer les individus atteints de troubles mentaux et on les renvoie chez eux avant même que leur demande ait pu être étudiée. Ça ne va vraiment pas!

Il faut concevoir une nouvelle loi qui respecte l'autonomie et la capacité de décision des individus, et qui se fonde sur des preuves actuelles et les normes de pratique clinique courantes. Peut-être devrions-nous songer à une loi nationale sur la santé mentale plutôt que de charger les provinces de mettre à jour une loi d'une aussi grande portée!

Enfin, une note personnelle qui se fonde sur mes propres observations : l'application récente dans notre province de politiques restrictives sur l'accès aux médicaments atypiques à action anti-psychotique me préoccupe. L'intervention pharmacologique est souvent la clé de voûte du traitement dans bien des maladies mentales et l'accès aux médicaments est crucial. Il ne faut surtout pas mettre en péril le rétablissement de ceux qui souffrent de maladie mentale. On ne peut mesurer en dollars et en sous leur qualité de vie. Il faut leur donner accès à de nouveaux médicaments ayant un meilleur profil en ce qui a trait aux effets secondaires. En leur donnant cet accès, on favorisera une intervention précoce et on empêchera ce déclin de fonctionnement souvent associé à un traitement moins optimal; ainsi, on réduira leur isolement, leur stigmatisation et la discrimination à laquelle ils font souvent face.

En guise de conclusion, notre système de santé mentale au Canada attend depuis longtemps son champion qui prônera une réforme. Je remercie votre comité d'avoir assumé ce rôle. Vos travaux sont plus qu'encourageants.

Mme Kim Baldwin, directrice de la santé mentale et des toxicomanies, Services de santé et services communautaires — région de St. John's : Bon après-midi. D'entrée de jeu, je vous remercie de nous avoir permis de prendre la parole cet après-midi. Lorsqu'on m'a pressentie la première fois, on m'a demandé de vous parler des développements les plus récents dans le secteur de la toxicomanie, et particulièrement du traitement continu à la méthadone. Toutefois, à titre de directrice du programme communautaire de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies, je m'en voudrais de ne pas vous signaler certaines des forces de notre province, et certaines faiblesses auxquelles nous nous heurtons.

Cela fait environ 20 ans que je travaille dans le domaine des toxicomanies, et j'ai assumé plus récemment la direction des Services communautaires de santé mentale. Depuis déjà cinq ou six ans, notre organisation songe à intégrer en une seule structure le programme de la santé mentale et de lutte contre les toxicomanies, dans le but de répondre de façon plus appropriée aux problèmes que pose souvent la présence simultanée de maladies mentales et de toxicomanies. Toutefois, nous reconnaissons qu'il faut maintenir et respecter les différences bien précises qui existent entre les deux, et c'est pourquoi nous avons pu garder distinct nos deux programmes qui, par ailleurs, peuvent se recouper.

The range of programs that we are responsible for fall along a continuum. Within mental health, we have everything from crisis intervention to community-based mental health counselling, vocational counselling and transitional housing. Within the addictions area, we are responsible for addictions education and prevention, detoxification, addictions counselling and support. We are also in the process of developing some much-needed day treatment programs, along with a methadone maintenance program.

Over the last number of years, we have made efforts to better connect our mental health and addictions programs and we have made some inroads internally. However, we recognize that historically there has been a strong disconnect between the community sector and the institutional sector. Unfortunately, this has resulted in gaps in services. Over probably the last couple of years, we have acknowledged that gap and we have actually embarked on a process of joint planning where the community boards and the institutional boards have worked together to plan collectively for services in the region. This collaboration will only be enhanced by the process of health care restructuring we are currently undergoing in this province, and the creation of integrated health authorities where all mental health and addiction services will be housed under one organization.

Geri Dalton made reference to the provincial mental health and addiction strategy entitled, *Working Together for Mental Health*. This document, as Geri indicated, was the result of a series of consultations around the province, an extensive review of the literature and an extensive review of the services currently available. The strategy is intended to cover the full continuum from prevention and promotion to recovery.

The last couple of years in this province have seen a great deal of attention focused on mental health and addictions issues. From a personal perspective, this attention has been long overdue. In the context of larger health issues, mental health and addictions tend not to have that same kind of profile. In the addictions area, where I have been working primarily, funding for programs has remained fairly constant over a number of years despite increasing demands for services and new responsibilities placed on those services.

In the last year or so, we have seen mental health and addictions established as more of a priority. This area has been highlighted in some of the recent provincial budget announcements, along with the development of the provincial Mental Health and Addiction Services plan, and the recently announced or released OxyContin Task Force report.

Tous les programmes que nous dispensons s'inscrivent dans une chaîne de traitements. Nos services de santé mentale vont de l'intervention au moment de la crise au counselling communautaire en santé mentale, en passant par le counselling professionnel et le logement de transition. Du côté de la lutte contre les toxicomanies, nous offrons des services de formation en matière de toxicomanies et de prévention, de désintoxication, de counselling et de soutien. De plus, nous sommes en train de mettre au point des programmes de traitement de jour indispensables, associés à un programme de traitement continu à la méthadone.

Au cours des dernières années, nous avons déployé de nombreux efforts pour assurer un meilleur lien entre nos programmes de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies et nous avons réussi quelques percées à l'interne. Toutefois, il faut reconnaître que les soins offerts en communauté et les soins offerts dans les établissements ont traditionnellement été dissociés. Cela a malheureusement donné lieu à des services lacunaires. Au cours des deux dernières années, nous avons reconnu ces lacunes, et nous avons opté pour une planification conjointe : les conseils communautaires et les conseils des établissements ont œuvré en collaboration pour planifier de façon collective les services dans la région. Cette collaboration ne pourra être accrue que par une restructuration des soins de santé telle que celle que nous entreprenons actuellement dans la province et par la création d'autorités sanitaires intégrées qui abriteront sous une même gouverne tous les services de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies.

Geri Dalton a fait allusion à la stratégie provinciale relative à la santé mentale et aux toxicomanies qui s'intitule *Working Together for Mental Health*, ou Travailler ensemble pour la santé mentale. Comme l'a indiqué Geri, cette stratégie est le résultat d'une série de consultations menées dans toute la province et d'un examen exhaustif de la littérature spécialisée et des services qui sont actuellement disponibles. Cette stratégie a pour objet de s'intéresser à tout le cycle des mesures de santé mentale qui va de la prévention à la promotion et à la guérison.

Au cours des dernières années, on a accordé beaucoup d'attention aux questions de santé mentale et de toxicomanie dans notre province. Il me semble pour ma part qu'on aurait dû s'y intéresser depuis beaucoup plus longtemps. En effet, si l'on considère l'ensemble des questions de santé, les toxicomanies et la santé mentale n'ont pas suscité énormément d'intérêt. Je travaille surtout dans le domaine de la toxicomanie, et le financement accordé aux programmes est demeuré inchangé pendant un certain nombre d'années bien que les services aient été de plus en plus en demande et qu'on ait conféré de nouvelles responsabilités aux prestataires de ces services.

Au cours de l'année qui vient de s'écouler, la santé mentale et les toxicomanies se sont davantage hissées au rang des priorités. Ce changement se reflète dans certaines des annonces récentes au sujet du budget provincial et dans l'élaboration d'un plan provincial sur les services relatifs à la santé mentale et aux toxicomanies. En outre, le rapport du Groupe de travail sur l'OxyContin a récemment été rendu public.

The OxyContin Task Force was set up by government in response to some of the demands and growing concerns that we were experiencing in the community as highlighted by community advocates, law enforcements and health professionals. It was a collaborative effort involving the Department of Justice, the Department of Education and the Department of Health. We looked at developing a comprehensive strategy for responding to addictions issues, particularly OxyContin and other related narcotics, as they were the concern at that time. The final report of that task force was released in August of 2004 and it is very encouraging that to date, approximately 80 per cent of the 50 recommendations in that report have been either initiated or implemented. That is a good start.

Within the task force report, it was recommended that in addressing the complexity of addictions issues, a multifaceted approach is needed that involves education, treatment, harm reduction and enforcement strategies. The approach also crosses a range of sectors, so it requires a range of stakeholders to be involved in coming up with a collective solution.

In this province, community-based mental health and addiction services are relatively small. I have four counterparts across the province and out of necessity, we have developed a strong and effective linkage where we can share information, identify emerging trends and collectively work towards developing policies and programs with respect to community-based services.

Along with some of the strengths that we have been able to develop, we have our share of challenges in this province. We have limited resources and, unfortunately, that has caused us to be more reactive as opposed to proactive. We tend to focus on treating the problem instead of looking at prevention, education and promotion.

We tend to view addictions and mental health as falling along a continuum and along that continuum, different interventions are required at different stages. Within the addictions area, for example, we treat issues ranging anywhere from experimental use to problem use to dependent use. As well, mental well-being has been recognized as a major component of optimal health and an improved quality of life for an individual. We have been trying to put more emphasis on wellness and promoting optimal mental health. One of our challenges is to be responsive, but also to recognize and address the needs to put more emphasis on promotion, prevention and early intervention.

Le gouvernement a créé le Groupe de travail sur l'OxyContin pour répondre à certaines revendications et à des préoccupations émanant de la société civile telles que l'ont fait valoir des groupes communautaires des défenses des droits, ainsi que les autorités policières et les professionnels de la santé. Ce groupe de travail est le fruit d'une collaboration entre le ministère de la Justice, le ministère de l'Éducation et le ministère de la Santé. Nous avons voulu élaborer une stratégie exhaustive de lutte contre les toxicomanies, et nous nous sommes intéressés particulièrement à l'OxyContin et à d'autres narcotiques semblables qui constituaient une source d'inquiétude à l'époque. Le rapport final du groupe de travail a été rendu en août 2004 et il est très encourageant de constater que jusqu'à maintenant, près de 80 p. 100 des 50 recommandations contenues dans le rapport ont commencé à être mises en oeuvre ou le sont entièrement. C'est un bon point de départ.

Le rapport du groupe de travail recommandait notamment d'adopter une approche multidimensionnelle pour aborder les questions de toxicomanie qui sont très complexes. Toujours selon le rapport, la sensibilisation, le traitement, l'atténuation des dommages et les stratégies d'application de la loi sont tous des éléments auxquels il faut s'attarder. Comme l'approche préconisée regroupe toute une série de domaines d'activité, divers intervenants doivent participer à la conception d'une solution collective.

Les services communautaires relatifs à la santé mentale et aux toxicomanies sont assez restreints dans notre province. J'ai quatre collègues qui font le même travail que moi dans toute la province et nous avons dû tisser des liens solides et efficaces afin de mettre en commun des renseignements, de cerner les nouvelles tendances et de travailler en collaboration pour élaborer des politiques et des programmes au sujet des services communautaires.

Bien que nous ayons su nous doter de certains atouts, nous sommes confrontés à des défis particuliers à notre province. Nous avons des ressources limitées et, malheureusement, cela nous a forcé à réagir aux circonstances plutôt que d'être dynamiques. Par conséquent, nous avons tendance à remédier au problème qui se présente au lieu de nous pencher sur la prévention, la sensibilisation et la promotion.

De façon générale, nous percevons la santé mentale et les toxicomanies comme faisant partie d'un cycle au cours duquel chacune des étapes exige une intervention différente. À titre d'exemple, pour ce qui est des toxicomanies, nous devons nous occuper à la fois de la consommation pour expérimenter et de la dépendance. De même, il est désormais reconnu que le bien-être mental est une composante majeure de la santé optimale et de la qualité de vie des gens. Nous avons tenté d'insister davantage sur le mieux-être et de faire la promotion de la meilleure santé mentale qui soit. Nous devons être réceptifs; c'est l'un des défis auxquels nous sommes confrontés. En outre, nous devons reconnaître qu'il faut mettre davantage l'accent sur la promotion, la prévention et l'intervention précoce et nous devons agir en conséquence.

Another challenge is evidence-based practice and in the past, we have tried to develop programs and policies that are based on research and evaluation. This practice can be particularly challenging when you have an immediate issue in the community where there has been a lot of public pressure to respond in a timely and effective manner. We must strive to balance being responsive to needs with proper care based on effective practice.

Level of resources is another challenge that we currently face in this province within the areas of both mental health and addictions. While we are grateful that the provincial budget announced that additional funding will actually come into those two areas, we see this only as a good start. Although our province has a small population, we are large in geography and providing an adequate number of services to some of the more remote areas has been difficult. Recruitment and retention of specialized, qualified staff has been a major issue for us. We recognize the need to develop a human resource plan where we can identify competencies, look at training and look at opportunities to retain staff. As well, the need to retain staff has caused us to look at innovative ways of providing services to more remote communities.

Wait lists are another challenge and, again, because of the level of resources that we have, we have a range of wait times for our services. Depending on the part of the province or the particular part of the city in which you live, you could have significant wait times. These could range anywhere from a couple of weeks to several months. We know that when people are faced with having to wait for service, they tend not to follow through and connect with that service when it is finally offered. We have seen that, particularly with some of the addictions clients that we have dealt with.

Stigma is another challenge we face. Even though virtually every individual in this province has been affected either directly or indirectly by mental health or substance abuse issues, there still remains a stigma with respect to those two areas. It has an impact on individuals reaching out and seeking treatment. There is also a concern that it may actually have an impact on policy directions and resource allocation. It is hard to advocate for a methadone maintenance program when there are such high demands for cancer care and cardiac care.

Autre défi : les pratiques fondées sur les données scientifiques. En effet, dans le passé, nous avons tenté d'élaborer des programmes et des politiques fondées sur la recherche et l'évaluation. Cela peut être particulièrement difficile lorsqu'il y a un problème urgent à résoudre dans la collectivité et parce que la population exerce beaucoup de pression pour que nous réagissions rapidement et efficacement. Nous devons nous donner comme objectif d'atteindre un équilibre entre la réceptivité aux besoins immédiats et la prestation de soins fondés sur des pratiques efficaces.

Notre province doit également composer avec des ressources limitées pour ce qui est de la santé mentale et des toxicomanies. Bien que nous soyons très satisfaits du nouveau financement prévu par le budget provincial pour la santé mentale et la toxicomanie, il ne s'agit pour nous que d'un premier pas dans la bonne direction. Notre province est peu peuplée mais son territoire est très vaste. Par conséquent, il est difficile pour nous de dispenser des services adéquats dans certaines des régions les plus isolées. En outre, l'un des plus importants défis auxquels nous sommes confrontés demeure le recrutement et la rétention de personnel spécialisé et qualifié. Nous reconnaissons qu'il faut que nous nous dotions d'un plan de ressources humaines qui recense les compétences, qui se penche sur la formation et les mesures à prendre pour conserver notre personnel. De plus, nous avons dû concevoir des modes novateurs de prestation des services dans les collectivités éloignées afin d'éviter de perdre nos effectifs dans le domaine de la santé.

Nous sommes également préoccupés par les listes d'attente. En effet, à cause, encore une fois, des ressources limitées dont nous disposons, les patients doivent attendre avant de pouvoir bénéficier de nos services. Les délais sont variables. Selon la région ou le quartier urbain qu'habitent les patients, le temps d'attente peut être de quelques semaines, voire de quelques mois. Ainsi, l'attente peut être très longue. Or, nous savons que lorsque les patients ne peuvent obtenir les services qu'ils désirent rapidement, ils ont tendance à laisser tomber et à ne pas se prévaloir du service une fois qu'on le leur offre. Cette tendance s'est particulièrement manifestée chez nos clients qui souffrent de toxicomanie.

En outre, nous devons composer avec les perceptions négatives qui sont associées à nos domaines d'activités. En effet, ces perceptions persistent bien que presque tous les habitants de notre province aient été affectés par des questions de santé mentale ou de toxicomanie, directement ou indirectement. De plus, à cause de la façon dont elles sont perçues, les personnes souffrant de troubles mentaux ou de toxicomanie sont moins susceptibles de demander de l'aide ou de chercher à être traitées. Nous craignons également l'incidence des perceptions négatives sur les diffusions en matière de politique publique et d'affectation des ressources. En effet, il est difficile de convaincre les responsables de l'importance d'un programme de méthadone alors que les besoins en oncologie et en cardiologie sont criants.

I wanted to comment as well on the range of issues that we are addressing, and I am looking right now from an addictions perspective. Again, when I use the term "addictions," it is almost a misnomer because it tends to focus on one end of the spectrum when actually our services deal with the full spectrum of use.

Over the last year or two, there has been a lot of emphasis and focus in this province on the drug OxyContin. Although those concerns have been warranted, the focus on any particular substance at any given time tends to overshadow some of the broader substance abuse issues that we face in the province. Emerging trends in Newfoundland include increased rates of cannabis use among our youth. We just had the results released of a student drug use survey, and that was one drug in which we have seen substantial increases. We are starting to see increased demands for gambling counselling. As well, we cannot lose sight of the fact that in the recent surveys, Newfoundland and Labrador had one of the highest rates of heavy drinking in all the country. It always strikes me that whenever we try to put some focus on the rate of heavy drinking in this province, it is not considered newsworthy. That is a concern.

We have been working towards better integrating the mental health and addiction services in this province. We have adopted the approach that we need to look at systems integration as opposed to complete program integration. We tend to view addictions and mental health as equal and interactive partners, that there is a point of intersection, but there are also distinct components of each. We look forward to working with the Mental Health and Addiction Services plan to better integrate some of those services.

In closing, this is an exciting, yet challenging time for Mental Health and Addiction Services within the province and within the country. Again, Geri has emphasized the point that a mental health plan has been long overdue and we are anxious to move forward with that. We have seen some progress, as I indicated, with the OxyContin Task Force report and some of the recommendations towards addressing addictions needs in this province. I think the work of this committee has resulted in the start of some plan to develop a national framework for substance use, as well as media attention lately on drugs such as OxyContin or crystal meth in the Western provinces. I think all of that helps raise the profile of mental health and addictions in the province and in the country.

Thus, as we move forward, we need to continue building on this momentum. We need to look at being innovative. Strong partnerships are definitely needed both across systems and within

Je tenais également à vous parler d'un certain nombre de questions sur lesquelles nous nous penchons pour ce qui est de la toxicomanie. Je le répète, le terme « toxicomanie » ne reflète pas tout à fait la réalité, car il ne désigne qu'un aspect de la consommation alors que nos services s'adressent à ceux qui sont aux prises avec toutes les formes de consommation.

Au cours des dernières années, le médicament OxyContin a suscité énormément d'intérêt et d'attention dans notre province. Bien que toutes ces préoccupations soient justifiées, parce qu'on se concentre sur une substance en particulier pendant une certaine période de temps, on relègue à l'arrière-plan d'autres questions de toxicomanie auxquelles notre province est confrontée. Par exemple, nous avons constaté une nouvelle tendance à Terre-Neuve : les jeunes consomment de plus en plus de cannabis. Nous venons d'obtenir les résultats d'une enquête sur la consommation de drogues parmi les étudiants, et le cannabis est l'une des substances dont la consommation a considérablement augmenté. En outre, on nous demande de plus en plus de fournir des services de thérapie pour les joueurs compulsifs. En outre, il y a un autre élément dont nous devons tenir compte à la lumière des enquêtes récentes : Terre-Neuve-et-Labrador a l'un des taux les plus élevés de consommation massive d'alcool au Canada. Il est toujours intéressant de constater que tout ce qui concerne le taux de consommation abusive d'alcool dans notre province fasse les manchettes. C'est une question qui préoccupe les gens.

Nous avons déployé des efforts pour mieux intégrer les services de santé mentale et de toxicomanie dans notre province. Nous avons choisi d'intégrer les systèmes plutôt que de viser une intégration complète des programmes. De façon générale, les volets toxicomanie et santé mentale sont perçus comme des partenaires égaux et interactifs. Or, il est vrai que ces deux domaines se recoupent en partie, mais ils comprennent également des composantes tout à fait distinctes. Nous sommes impatients de recourir aux dispositions du plan sur les services de santé mentale et de toxicomanie afin de mieux intégrer certains de ces services.

Pour conclure, je vous dirai que les services de santé mentale et de toxicomanie traversent une époque enthousiasmante mais difficile dans notre province voire même dans tout le pays. Geri l'a souligné et je le répète : le plan sur la santé mentale se faisait attendre depuis longtemps, et nous avons bien hâte de le mettre en vigueur. Je l'ai indiqué, des progrès ont été marqués avec le rapport du groupe de travail sur l'OxyContin et grâce à certaines des recommandations sur les besoins en matière de lutte contre la toxicomanie dans notre province. Le travail de votre comité a fait en sorte qu'un plan en vue d'élaborer un cadre national sur la toxicomanie soit mis en chantier. En outre, l'intérêt qu'ont suscité dans les médias des médicaments comme l'OxyContin et la consommation de méthamphétamines dans les provinces de l'Ouest a contribué à cette initiative. Je crois que tous ces facteurs font de la santé mentale et des toxicomanies des questions qui revêtent une importance accrue dans notre province et dans tout le pays.

Ainsi, pour l'avenir, nous devons poursuivre sur notre lancée. Nous devons être novateurs. Il est certain qu'il faut des partenariats solides dans les systèmes et au sein de la

the community. We need to look at evidence-based decision making and focusing on an upstream approach as much as possible if we are ever to make significant changes.

Mr. Ron Fitzpatrick, as an individual: Honourable senators, when you asked me to come here today, you probably had me noted under the heading of Metro Community Chaplaincy, but this weekend past, we revamped our organization and we are now called Turnings. We will have a media blitz shortly.

For the last several years, I have worked with offenders and ex-offenders. My job in a nutshell is to meet offenders in a prison and find out what they need when they get out in society and do whatever we can in our organization to get them out of a life of crime; no more victims and no more re-offending, with the safety of the community being paramount. I am on the board of the Addictions Treatment and Services Association, ATSA. I am also on the board of the AIDS committee, the Regional Coalition Against Violence, the steering committee for Restorative Justice and on the Methadone Maintenance Treatment Advisory Committee for treatment in a new clinic we are opening soon. I am also executive director with this new organization called Turnings, which was, until a few days ago, Metro Community Chaplaincy.

I am delighted to be here. I consider it an honour. I have read your interim reports and the other two reports, and I feel that almost 99.9 per cent of the bases have been covered. I only had a chance, actually this morning, to write up a few things here, which I would like to read, if I could. It is only about six minutes. I have a different spin on mental illness and addictions, so if you will bear with me, I would appreciate it.

Many individuals with a mental illness problem can become productive citizens if they receive the appropriate health care and supports they need. Too often, people with mental illness have simply been neglected in the community and are often left to begging and charity. As a result of this neglect, they fall through the cracks in the health care system right into the criminal justice system that we all know is ill-equipped and unprepared to care for them properly.

That comes out of your notes I read, but I wanted to put it in because it really focuses in on what I have to say.

Police lock-ups, local jails and penitentiaries are all too readily available and frequently used to control these people when, in reality, the health care system has failed them.

When it comes to health care for individuals with mental illness, our government shows itself to be penny-wise and pound foolish. Our government is continually cutting back on health care and social services, and considers this action to be a positive and responsible move. However, in my personal opinion, I

collectivité. Notre processus décisionnel doit se fonder sur des preuves, et nous devons nous en tenir autant que possible à une approche d'amont si nous voulons opérer des changements importants.

M. Ron Fitzpatrick, à titre personnel : Honorables sénateurs, lorsque vous m'avez invité à prendre la parole aujourd'hui, l'invitation était probablement adressée à la Metro Community Chaplaincy, mais la semaine dernière, notre organisation a pris un nouveau tournant et s'appelle désormais Turnings. Nous allons organiser bientôt un blitz médiatique.

Je travaille avec des délinquants et d'anciens délinquants depuis plusieurs années. Mon travail consiste essentiellement à rencontrer les délinquants en prison et à déterminer leurs besoins pour le jour où ils réintégreront la société, et à faire tout ce que notre organisation peut faire pour les aider à se sortir de leur vie de criminels; pour qu'il n'y ait plus de victimes, ni de récidives, et c'est la sécurité des gens qui est au cœur de notre action. Je siège au conseil de la Addictions Treatment and Services Association, l'ATSA. Je suis également membre du conseil d'administration du comité AIDS, je suis membre de la Coalition régionale contre la violence, du comité directeur pour la justice réparatrice et du comité consultatif pour le traitement à la méthadone qui va assurer ce traitement dans une nouvelle clinique qui va ouvrir bientôt. Je suis également le directeur exécutif de cette nouvelle organisation qui s'appelle Turnings, qui était jusqu'à il y a quelques jours le Metro Community Chaplaincy.

Je suis très heureux d'être ici. C'est un honneur pour moi. J'ai lu vos rapports intérimaires et les deux autres rapports, et j'estime que presque 99,9 p. 100 des éléments fondamentaux ont été couverts. Ce n'est en fait que ce matin que j'ai eu la chance de rédiger quelques notes, que j'aimerais vous lire, avec votre permission. Je n'en ai que pour six minutes. J'ai une perspective différente sur la maladie mentale et les addictions, donc si vous voulez bien être patients, vous m'en verrez reconnaissant.

De nombreuses personnes atteintes d'une maladie mentale peuvent devenir des citoyens productifs s'ils reçoivent les soins de santé et le soutien dont elles ont besoin. Trop souvent, les personnes ayant une maladie mentale ont été simplement abandonnées par la société, elles sont souvent réduites à la mendicité ou obligées de vivre de la charité des autres. En conséquence de cet abandon, elles tombent à travers les mailles du système de santé et se retrouvent dans le système de justice pénale dont nous savons tous qu'il est mal équipé et nullement préparé pour prendre soin d'elles.

Je m'inspire ici des rapports que vous avez rédigés, mais je tenais à dire ces choses parce qu'elles situent très bien ce que j'ai à dire.

On a trop souvent recours aux cellules de police, aux prisons locales et aux pénitenciers pour contrôler ces personnes, alors qu'en réalité le système de santé n'a pas su s'occuper d'elles.

Lorsqu'il s'agit de soigner les personnes ayant une maladie mentale, notre gouvernement ne sait pas gérer ses ressources. Notre gouvernement ne cesse d'opérer des coupes dans la santé et les services sociaux, et il considère que ces mesures sont positives et responsables. Cependant, à mon humble avis, je considère que

consider their cutbacks to be unacceptable. The fruits of these cutbacks can be seen and realized in the operating budget of the criminal justice system where everybody suffers, including Canadian taxpayers.

It is all too obvious here in Newfoundland that too many individuals with mental illness get caught up in a pattern of recidivism. Too often, I have watched individuals with mental illness appear before a judge in our provincial courts and be sentenced to time in prison when, in my opinion, they should have been placed in a psychiatric facility. I have often sat in courtrooms and listened and watched while Crown prosecutors inform the presiding judge about their criminal activity and the prosecutor did so as if the offender had simply thrown all caution to the wind and, blatantly and without remorse, broke the law.

I have witnessed individuals with mental illness being refused help at our local hospitals. The psychiatric nurse and the attending physician appeared concerned about the physical and mental state of the individual at first. However, the minute they mentioned that they had a severe IV drug addiction, their attitude changed.

On a couple of occasions, I have had to assist individuals who had been beaten up and had their social assistance money and some of their household items stolen from them, but because of fear, they would not press charges or pursue the matter any further. It was too stressful for them. Some individuals with mental illness are easy prey to those who would take advantage of them.

I have watched families fall apart and family caregivers get ill and others get addicted to prescription drugs as a result of the destructive behaviour of a loved one who had a mental illness that was compounded by a severe drug addiction.

It has been my experience that some people with a mental illness are easily led and are extremely vulnerable. In some cases, I have noticed that they do not tell their doctor the truth when they are questioned, and so they do not receive the proper treatments they need for a full recovery.

Over the past few years, I have visited many patients and most of these individuals had some form of a mental illness and were either placed in an acute care unit or in a forensic unit. The majority of these individuals have been in trouble with the law and were depressed, suicidal or ill with bipolar disease or with some other psychiatric disorder. Whatever the cause, they were out of sorts, probably due to an overdose of medication or because they had stopped taking their medications altogether.

It blows my mind how some of these individuals can come into a psychiatric hospital, are assigned to a designated psychiatrist, are treated at the hospital for a couple of months and then released. They check out, prescription in hand, only to relapse a

ces coupes sont inacceptables. Leurs effets sont visibles dans le budget de fonctionnement du système de justice pénale où tout le monde souffre, dont les contribuables canadiens.

Il est clair qu'ici, à Terre-Neuve, il y a trop de personnes atteintes de maladies mentales qui se retrouvent piégées dans le récidivisme. J'ai vu trop souvent des personnes atteintes de maladies mentales comparaître devant un juge de nos cours provinciales et être condamnées à une peine de prison, alors qu'à mon avis, ces personnes devraient être placées en milieu psychiatrique. Je me suis souvent retrouvé comme spectateur dans les tribunaux où je voyais le procureur de la Couronne informer le juge des activités criminelles de ces personnes, et le procureur agissait comme si les délinquants avaient simplement fait fi de toute prudence et enfreint la loi de manière flagrante et sans remords.

J'ai vu des personnes atteintes d'une maladie mentale à qui on refusait de l'aide dans nos hôpitaux locaux. L'infirmière psychiatrique et le médecin traitant semblaient d'abord s'inquiéter de l'état physique et mental de la personne. Cependant, dès que la personne disait qu'elle était une toxicomane invétérée et qu'elle se piquait, l'attitude du personnel médical changeait.

À quelques reprises, j'ai dû aider des personnes qui s'étaient fait battre et qui s'était fait voler l'argent de l'aide sociale et certains de leurs biens ménagers, mais parce qu'elles avaient peur, elles refusaient de porter accusation ou de donner suite à cette agression. C'était trop stressant pour elles. Certaines personnes ayant une maladie mentale sont une proie facile pour ceux qui veulent profiter d'elles.

J'ai vu des familles s'effondrer et des aidants familiaux tomber malades et d'autres développer une dépendance aux médicaments d'ordonnance à cause du comportement destructif d'un être cher qui avait une maladie mentale aggravée par une toxicomanie aiguë.

Si j'en crois mon expérience, certaines personnes atteintes de maladie mentale sont très influençables et extrêmement vulnérables. J'ai remarqué dans certains cas qu'elles ne disent pas la vérité à leur médecin lorsque celui-ci les interroge, et c'est la raison pour laquelle elles ne reçoivent pas les soins qui leur permettraient de se rétablir complètement.

Au cours des dernières années, j'ai visité de nombreux patients, et la plupart de ces personnes avaient une forme quelconque de maladie mentale et se retrouvaient placées ou bien dans une unité de soins actifs ou alors dans une unité médico-légale. La majorité de ces personnes avaient eu des ennuis avec la justice et étaient déprimées, suicidaires ou atteintes d'une maladie bipolaire ou d'un autre désordre psychiatrique quelconque. Peu importe la cause, ces personnes étaient malheureuses, probablement parce qu'elles avaient pris trop de médicaments ou parce qu'elles avaient cessé de prendre leurs médicaments.

Je n'en reviens pas que certaines de ces personnes puissent se présenter à l'hôpital psychiatrique, soient assignées à un psychiatre désigné, soient traitées à l'hôpital pendant quelques mois et ensuite libérées. Elles s'en vont, ordonnance à la main,

few months later. They come back to the same hospital, are treated by the same doctor for the same problem and a couple of months later, they are released again and the cycle continues. The only time I have seen a break in this cycle is when one of them dies or is arrested and sent to prison.

On more than one occasion, I found myself asking certain questions; for instance, how can a psychiatrist stipulate that this individual is now fit to plead innocent or guilty in a court of law and is properly certified as ready to stand trial? How can this judge sentence this person when it is clearly obvious to every normal person seated in the courtroom that the accused is low functioning and probably has some form of mental illness and should be placed in a psychiatric facility for proper care and healing? In my opinion, there is always too much focus placed on the crime, and little or no consideration given to the mental condition of the individual who has broken the law.

We are all aware that people with mental illness are discriminated against and, most often, are not treated the same as people who do not suffer from a mental illness. However, I have observed in several court cases that these individuals are treated as people who are in total control of their faculties. The very time that they deserve special consideration, they are ironically treated as equal and, believe me, through no fault of their own.

It is obvious to me at times that front-line health care workers and their counterparts in the criminal justice system have little or no compassion for those suffering with a mental illness, and it is even more obvious when the illness is compounded by a drug addiction.

In my humble opinion, our government needs to better monitor the quality of care provided by their employees in the health care system and the criminal justice system. These employees, including doctors and judges, must be held accountable for the manner in which they dispatch their duties. If they fall short of the mark, they should be held accountable and dismissed from their duties, and not merely tolerated. It has been my experience that some doctors and judges consider it an act of total arrogance to question them about any aspect of their work. Over the past few years, I have, on the one hand, seen doctors over prescribe medications while, on the other hand, I have watched while individuals with various mental health disorders suffer needlessly because the resident physician withholds medication.

Our government must put in place measures that will ensure that every Canadian citizen gets the best health care that can be provided. Our top officials must make sure that nobody ever suffers at the hands of a doctor, judge or any employee in the health care or criminal justice system. Rules and regulations must be put in place for treating people with mental illness and

pour rechuter quelques mois plus tard. Elles reviennent au même hôpital, sont soignées par le même médecin, pour le même problème, et quelques mois plus tard, elles reçoivent leur congé de nouveau et le cycle se poursuit. La seule fois où j'ai vu une rupture dans ce cycle, c'est lorsqu'une d'entre elles mourait ou était arrêtée et envoyée en prison.

Plus d'une fois, je me suis posé des questions : par exemple, comment un psychiatre peut-il affirmer qu'une telle personne est maintenant apte à plaider non coupable ou coupable devant une cour de justice et peut-être certifiée comme étant apte à subir son procès? Comment le juge peut-il condamner cette personne lorsqu'il est évident pour toute personne normale assise dans la cour que l'accusé est une personne qui fonctionne lentement, qu'elle est probablement atteinte d'une maladie mentale quelconque et qu'elle devrait être placée en milieu psychiatrique pour y être soignée comme il faut? À mon avis, on accorde toujours trop d'attention au crime, et l'on ne s'arrête pas suffisamment, ou pas du tout, à l'état mental de la personne qui a enfreint la loi.

Nous savons tous que les personnes atteintes de maladie mentale souffrent de discrimination et, très souvent, ne sont pas traitées de la même façon que les personnes qui n'ont pas de maladie mentale. Cependant, j'ai constaté dans plusieurs affaires criminelles que ces personnes sont traitées comme des individus ayant toutes leurs facultés. Ce qui est ironique, c'est que ces personnes sont traitées comme les autres justement au moment où elles ne devraient pas être considérées comme les autres, et croyez-moi, ce n'est pas de leur faute.

Il est évident pour moi à certains moments que les travailleurs de santé de première ligne et leurs homologues du système de justice pénale ont peu de compassion, ou alors pas du tout, pour ceux qui souffrent de maladie mentale, et c'est encore plus évident lorsque la maladie est aggravée par une addiction.

À mon humble avis, notre gouvernement doit mieux contrôler la qualité des soins que ces employés assurent dans le système de santé et le système de justice pénal. Ces employés, dont les médecins et les juges, doivent rendre compte de la manière dont ils s'acquittent de leurs fonctions. En cas de déficience, ils devraient rendre compte de leurs actes et être relevés de leurs fonctions, et non pas seulement tolérés. Si j'en crois mon expérience, certains médecins et juges considèrent que le fait de contester le moindre aspect de leur travail relève d'une arrogance achevée. Au cours des dernières années, j'ai vu des médecins qui prescrivaient des médicaments, alors que des personnes atteintes de divers troubles mentaux souffraient inutilement parce que le médecin traitant refusait de prescrire des médicaments.

Notre gouvernement doit prendre les mesures qu'il faut pour que tout citoyen canadien reçoive les meilleurs soins qui soient. Nos gouvernants doivent s'assurer que personne n'ait à souffrir aux mains d'un médecin, d'un juge ou de tout employé du système de santé et de justice pénale. Il faut mettre en place des règles qui nous permettront de soigner les personnes atteintes de maladies

addictions problems, and no individual working within the system should be allowed to function as though they were not accountable to anyone for their actions.

Senator Trenholme Counsell: These presentations have been very interesting. I think it is the first time I have heard the word "excitement" used by two presenters during our hearings, so I think that means that there is good news and good faith in Newfoundland and Labrador, which does not surprise us. With all the problems, hope is very much alive.

Ron, before I go to the good news, I want to suggest one thing to you, because you are obviously observing some things about physicians that worry you. I expect it is the same here as it is in other provinces, that you can make a complaint to the College of Physicians and Surgeons and then it is looked into very carefully. I think that is a reasonable thing to suggest to you, that if you feel a certain physician is acting irresponsibly, then it is your right to make a complaint to the college.

Mr. Fitzpatrick: Yes, I realize that and I have done that in the past because, in the organization I work for, we consider ourselves to be the voice of those who cannot speak for themselves. I can assure you that I have also brought it the Newfoundland and Labrador Medical Board, as I said, and it is not uncommon to get a letter in the mail from a lawyer of one of these doctors and be informed that,

We were called by the Newfoundland and Labrador Medical Board. You are complaining about this doctor. His character is impeccable. You are staining his character and he has every right in the Supreme Court to make sure that his character is not defamed. You can either desist from your complaint or we will see you in court.

Most of us or all of us, it is to be hoped, who work with individuals with mental illness and drug addictions care very deeply that they are treated properly, but, logically, I do not have a penny to spare. I cannot be in court every day fighting doctors who make a lot more money than I do.

Senator Trenholme Counsell: No, no.

Mr. Fitzpatrick: It is to be hoped that this new board, of which you are probably aware, that is being set up in Newfoundland and Labrador now, where at least three or four members on the board are outside the medical profession, will see that this does not happen again. One of the things I asked for, and I will continue to ask for the first chance I have to meet with the Minister of Justice, is freedom for people like myself who are the voice of these people to be able to fight for them without fear of being taken to court. When they came up with it, they made sure that they said no other doctor making a complaint will find himself in court. It has been the practice in Newfoundland that most doctors, like members in any powerful organizations, even if they do not agree with their colleagues, especially when it comes to prescribing drugs, are ruled by the unwritten law of no exposure. That is why I should say in my speech here, "should not be tolerated", because, personally, I am sick of seeing it every day. I am accountable for

mentales ou de problèmes d'addiction, et s'assurer qu'aucune personne oeuvrant dans le système ne soit autorisée à fonctionner comme si elle n'avait jamais à rendre compte de ses actes.

Le sénateur Trenholme Counsell : Ces exposés étaient très intéressants. Je crois que c'est la première fois que j'entends deux témoins employer le mot « enthousiasme » au cours de nos audiences, cela signifie donc à mon avis qu'il y a de l'espoir à Terre-Neuve et au Labrador, ce qui ne nous surprend pas. En dépit de tous les problèmes que vous avez, l'espoir ne faiblit pas.

Ron, avant de discuter des bonnes choses, je tiens à vous dire ceci, étant donné que vous avez de toute évidence observé certains comportements préoccupants chez les médecins. J'imagine que c'est la même chose ici que dans les autres provinces, où l'on peut porter plainte auprès du Collège des médecins et chirurgiens, qui fait ensuite une enquête minutieuse. Je crois que c'est la chose raisonnable à vous proposer, et si vous estimez qu'un médecin agit de manière irresponsable, vous avez alors le droit de vous plaindre auprès du collège.

M. Fitzpatrick : Oui, je sais cela, et je l'ai fait par le passé parce que l'organisation pour laquelle je travaille se considère comme étant la voix de ceux qui ne peuvent pas parler en leur propre nom. Je peux vous assurer que j'ai également signalé des cas au Conseil médical de Terre-Neuve-et-Labrador, comme je l'ai dit, et il n'est pas rare de recevoir une lettre d'un avocat de l'un de ces médecins qui nous dit :

Nous avons été contactés par le Conseil médical de Terre-Neuve et du Labrador. Vous vous plaignez à propos de ce médecin. Sa réputation est impeccable. Vous entachez sa réputation, et il a parfaitement le droit de s'adresser à la Cour suprême pour préserver sa réputation. Vous pouvez retirer votre plainte, faute de quoi, nous nous retrouverons devant les tribunaux.

La plupart d'entre nous, espérons-le, qui travaillent avec des personnes atteintes de maladie mentale ou d'addiction tiennent beaucoup à ce que ces personnes soient bien soignées, mais, soyons logiques, je n'ai pas un sou. Je ne peux pas me retrouver devant le tribunal tous les jours à lutter contre des médecins qui gagnent beaucoup plus que moi.

Le sénateur Trenholme Counsell : Non, non.

M. Fitzpatrick : On espère que ce nouveau conseil, dont vous connaissez probablement l'existence, que l'on met sur pied en ce moment à Terre-Neuve et au Labrador, où au moins trois ou quatre membres ne sont pas de la profession médicale, verra à ce que cela ne se reproduise plus. L'une des choses que j'ai demandées et je vais continuer de l'exiger à la première occasion que j'aurai de rencontrer le ministre de la Justice, c'est le droit pour des gens comme moi, qui sommes la voix de ces personnes, de pouvoir se battre pour elles sans crainte d'être traînés devant les tribunaux. Quand ils ont créé leur système, ils se sont assurés qu'aucun médecin qui porterait plainte se retrouverait devant les tribunaux. C'est la pratique à Terre-Neuve, où la plupart des médecins, comme les membres de toute organisation puissante, même s'ils ne sont pas d'accord avec leurs collègues, particulièrement lorsqu'il s'agit de prescrire des médicaments, sont gouvernés par le droit oral du non-risque. C'est pourquoi j'ai

everything I do and when my actions do not suit my employer, I am gone. However, some of these doctors and judges think they are above the law and I think when you deliberate and make your decisions, you should put some of these people in their place and give some of them a flick.

Senator Trenholme Counsell: I guess one of the most difficult things is to reach that decision where a person is declared fit to stand trial.

Mr. Fitzpatrick: Yes.

Senator Trenholme Counsell: You are weighing the public interest versus the interests of the individual, and it is very challenging.

Mr. Fitzpatrick: Yes, I know that.

Senator Trenholme Counsell: I have a question for each of you. Kim, you spoke eloquently and comprehensively about the integration of mental health and addictions. I wanted to ask you whether you also feel a greater sense of integration with the entire Health and Wellness or whatever your department is now called in Newfoundland. Do you feel that you are all coming together better, out of the silos into a family of health care professionals?

Ms. Baldwin: Certainly: I think as a program within Health and Community Services, we have pretty much adopted a population health perspective with a focus on the determinants of health. Obviously, the program needs to look at the whole continuum of services both within the Mental Health and Addictions, but also how that fits with the broader continuum of services of health care and community-based services. Our community health and our community-based services became integrated about 10 years ago and we now have the opportunity to integrate with the institutional sector and the long-term sector, so we should have a full range of services now.

Senator Trenholme Counsell: I would like to ask you how many community health centres you have in Newfoundland, and if your mental health services are integrated with those community health centres.

Ms. Baldwin: Do you mean mental health centres?

Senator Trenholme Counsell: I was wondering about community health centres in the new concept of bringing different health care professionals together under one roof, and whether or not mental health is included in that.

Ms. Baldwin: It is changing now, but we have five regions of the province that have community health services, and some of those have satellite offices as well.

employé les mots aujourd'hui « ne devrait pas être toléré », parce que, personnellement, j'en ai marre de voir ça tous les jours. Je suis responsable de tous mes actes, et si mes actes ne plaisent pas à mon employeur, je suis congédié. Cependant, certains de ces médecins et juges se croient au-dessus de la loi, et j'espère que lorsque vous allez délibérer et prendre vos décisions, vous allez remettre certaines de ces personnes à leur place et leur donner une petite taloche.

Le sénateur Trenholme Counsell : J'imagine que l'une des choses les plus difficiles à faire, c'est de décider que la personne est apte à subir son procès.

M. Fitzpatrick : Oui.

Le sénateur Trenholme Counsell : On met en balance l'intérêt public et l'intérêt de la personne, et c'est très difficile.

M. Fitzpatrick : Oui, je sais.

Le sénateur Trenholme Counsell : J'ai une question pour chacun d'entre vous. Kim, vous avez parlé avec éloquence et abondance de l'intégration de la santé mentale et des addictions. Je voulais vous demander si vous pensez aussi que l'intégration est faite dans tout le ministère de la Santé et du Mieux-être, ou peu importe comment s'appelle votre ministère aujourd'hui à Terre-Neuve. Croyez-vous que vous travaillez tous mieux ensemble, et que vous avez quitté vos silos pour former une famille de professionnels de la santé?

Mme Baldwin : Je crois qu'à la santé et aux services communautaires, nous avons adopté de manière générale une perspective axée sur la santé de la population où nous concentrons notre attention sur les éléments déterminants de la santé. De toute évidence, notre programme doit englober toute la série de services qu'on offre en santé mentale aussi bien que pour les addictions, mais il faut voir aussi comment cela s'insère dans le continuum général de services de santé et de services communautaires. Nous avons intégré il y a une dizaine d'années de cela nos services de santé communautaires, et nous sommes maintenant en mesure de les intégrer au secteur institutionnel et au secteur à long terme, pour disposer dorénavant d'une gamme complète de services.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je voulais vous demander combien de centres de santé communautaires il y a à Terre-Neuve, et si vos services de santé mentale sont intégrés dans ces centres de santé communautaires.

Mme Baldwin : Vous parlez des centres de santé mentale?

Le sénateur Trenholme Counsell : Je me demandais comment les centres de santé communautaires adhéraient à cette nouvelle notion où l'on met sous le même toit divers professionnels de la santé, et je voulais savoir si la santé mentale était comprise là-dedans.

Mme Baldwin : Ça change maintenant, mais nous avons cinq régions dans la province qui ont des services de santé communautaires, et dans certaines d'entre elles, il y a aussi des bureaux satellites.

Senator Trenholme Counsell: I know that your specialty, Kim, of course, is mental health and addictions, but in terms of the province, maybe you know, Geri, whether there are community health centres because some of your nurse practitioner colleagues would certainly work in them, I would think.

Ms. Dalton: Yes, as far as I know, there are no formalized, primary health care centres right now. There is a primary health care reform in progress in this province and there is a centre being developed for the St. John's area. It is in the works. Most of my colleagues are working in clinics in remote areas, with or without a physician on staff, and link with the other health professionals from Health Community Services for access, but the intent is to move to primary health care centres and the delivery of primary health care services from those centres with multidisciplinary staff. The mental health plan for the province integrates the delivery of primary mental health services into those centres.

Senator Trenholme Counsell: Yes, it is good news.

Ms. Baldwin: To add to what Geri said, in each of the five regions I mentioned with Community Health Services, there is a pilot for a primary health site.

Ms. Dalton: Right, yes.

Ms. Baldwin: We have had the makings of a couple in the St. John's area, one in Shea Heights and one in Ferryland, which is on the southern shore, where we have had a mental health addictions worker as part of the team, and those have proven to be very effective in creating some of those linkages.

In addition, Geri has mentioned that this province is also in the process of primary health care reform and just as we are developing a mental health and addictions strategy, we are also developing a provincial wellness strategy with a lot of emphasis on wellness as opposed to illness.

Ms. Dalton: That is right.

Senator Trenholme Counsell: I want to ask one question, Geri, about nurse practitioners. I can assure you that I will use my voice wherever and however I can to support nurse practitioners because in 1969, I sent my nurse in my medical office in Toronto for the nurse practitioner's course at McMaster University, and I am a strong advocate, although I realize some of the challenges. I want to ask you two things. First of all, PHC, that is "primary health care nurse practitioner"?

Ms. Dalton: Primary health care nurse practitioner.

Senator Trenholme Counsell: This is wonderful. I have to memorize this. There is a Canadian Nurse Practitioner Initiative.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je sais que votre spécialité, Kim, c'est bien sûr la santé mentale et les addictions, mais au niveau de la province, peut-être que vous savez, Geri, si ces services sont offerts dans des centres de santé communautaires étant donné que certaines de vos infirmières praticiennes y travaillent sûrement.

Mme Dalton : Oui, pour autant que je sache, il n'existe pas en ce moment de centres de santé primaires, structurés en tant que tels. On procède en ce moment à une réforme des soins de santé primaires dans la province, et l'on est en train de créer un centre pour la région de St. John's. C'est une œuvre en cours. La plupart de mes collègues travaillent dans des cliniques dans des régions éloignées, avec ou sans médecins sur place, et elles assurent la liaison avec les autres professionnels de la santé des Services de santé communautaires pour avoir accès aux services, mais ce qu'on veut faire, c'est ouvrir des centres de santé primaires et assurer les services de santé primaires à partir de ces centres dotés de personnel multidisciplinaire. Le plan de santé mentale pour la province intègre la prestation de services de santé mentale primaires dans ces centres.

Le sénateur Trenholme Counsell : Oui, c'est une bonne nouvelle.

Mme Baldwin : J'ajoute à ce que Geri a dit, dans chacune des cinq régions des Services de santé communautaires, il y a un projet-pilote pour un site de santé primaire.

Mme Dalton : Oui, c'est exact.

Mme Baldwin : Nous avons eu quelques projets pilotes dans la région de St. John's, un à Shea Heights et un à Ferryland, qui est sur la rive sud, où un travailleur en santé mentale et en addiction fait partie de l'équipe, et ces projets se sont avérés très efficaces dans la mesure où ils ont créé certains de ces liens.

En outre, Geri a mentionné que la province s'apprête également à réformer ses soins de santé primaires, et au moment où nous articulons notre stratégie pour la santé mentale et les addictions, nous mettons également au point une stratégie de mieux-être provinciale où l'on insiste beaucoup plus sur le mieux-être que sur la maladie.

Mme Dalton : C'est exact.

Le sénateur Trenholme Counsell : Geri, j'aimerais vous poser une question à propos des infirmières praticiennes. Je peux vous assurer que je ferai entendre ma voix dans tous les cas où je pourrai venir en aide aux infirmières praticiennes parce qu'en 1969, j'ai envoyé l'infirmière de mon bureau médical à Toronto suivre le cours d'infirmière praticienne à l'Université McMaster, et je me suis faite la championne de cette profession, même si j'en connais les difficultés. Je veux vous demander deux choses. Tout d'abord, PHC, cela veut dire « infirmière praticienne en santé primaire »?

Mme Dalton : Infirmière praticienne en santé primaire.

Le sénateur Trenholme Counsell : C'est merveilleux. Il faudra que je m'en souvienne. Il existe l'Initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens.

Ms. Dalton: Yes, the nurse practitioners in this province have a voice in that initiative and we have a special interest group for nurse practitioners. We have certainly been involved in the activities concerning the initiatives that are under way there.

Senator Trenholme Counsell: Is that initiative going well?

Ms. Dalton: Yes, it is going very well.

Senator Trenholme Counsell: I want to ask you this because this goes to the heart of what we are talking about here. In your case, you had worked about 18 years in mental health before you became a nurse practitioner so it was, I would imagine, an easy transition and a perfectly sensible one for you to come out of that program and be a primary health care nurse specialist in mental health. The other day, Senator Cook and I talked about the difference between doing a master's degree in nursing, mental health and doing the nurse practitioner course. I know a lot about what you learn as a nurse practitioner, but let us say you were someone directly out of their Bachelor of Nursing degree or maybe you have worked for a few years in whatever kind of clinical setting and took the nurse practitioner program. Are you able to specialize within that nurse practitioner program in mental health or do you need more after that?

Ms. Dalton: When I graduated from the program, I was in the second class of nurse practitioners to graduate in this province, so the only stream offered here in Newfoundland at that time was the primary health care nurse practitioner stream. Memorial University actually has developed a specialist stream and one of the specialties that you can take is mental health, a mental health specialty as a nurse practitioner specialist.

Senator Trenholme Counsell: Mr. Chairman, I think you would agree that this is something we should take special interest in as a committee and maybe become a champion for because I see it as being so important across the land and maybe something to show the world.

The Chairman: Absolutely, yes.

Senator Trenholme Counsell: Thank you very much and good luck to all of you. Those were special presentations and you are playing special roles. Keep that word "excitement" in there.

Senator Cochrane: What is your profession, Mr. Fitzpatrick?

Mr. Fitzpatrick: I work for a charitable organization now called Turnings. It used to be called, like I said, St. John's Metro Community Chaplaincy. That is an organization that is a registered charity. It is funded by the Department of Justice in Ottawa out of the Chaplaincy Division. Our job, like I mentioned, is to work with offenders and ex-offenders and try to get them out of a life of crime, back into the mainstream community and improve the safety of our communities. I work mostly with

Mme Dalton : Oui, les infirmières praticiennes de notre province prennent part à cette initiative, et nous avons un groupe d'intérêt spécial qui représente les infirmières praticiennes. Chose certaine, nous avons pris part aux activités émanant des initiatives qui sont en cours ici.

Le sénateur Trenholme Counsell : Est-ce que cette initiative se déroule bien?

Mme Dalton : Oui, elle se déroule très bien.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je voulais vous poser cette question parce qu'elle va au cœur de ce dont nous parlons aujourd'hui. Dans votre cas à vous, vous aviez travaillé pendant environ 18 ans en santé mentale avant de devenir infirmière praticienne, j'imagine donc que la transition a été facile, et que vous étiez bien avisée de suivre ce programme pour devenir infirmière en santé primaire spécialisée en santé mentale. L'autre jour, le sénateur Cook et moi-même, discussions de la différence qu'il y a entre une maîtrise en sciences infirmières, avec spécialisation en santé mentale, et le cours d'infirmière praticienne. J'ai une très bonne idée de ce que vous apprenez comme infirmière praticienne, mais disons que vous venez de terminer votre baccalauréat en sciences infirmières ou que vous avez peut-être travaillé pendant quelques années dans un milieu clinique quelconque et que vous avez suivi le programme d'infirmière praticienne. Seriez-vous en mesure de vous spécialiser en santé mentale dans le cadre de ce programme d'infirmière praticienne, ou devriez-vous faire d'autres études après cela?

Mme Dalton : Lorsque j'ai obtenu mon diplôme, je faisais partie de la deuxième promotion d'infirmières praticiennes de la province, donc le seul cours qu'on offrait ici à Terre-Neuve à l'époque, c'était le cours d'infirmière praticienne en santé primaire. L'Université Memorial a créé depuis des spécialisations, et l'une d'elles est la santé mentale, vous pouvez donc devenir infirmière praticienne spécialisée en santé mentale.

Le sénateur Trenholme Counsell : Monsieur le président, je pense que vous allez dire comme moi que notre comité devrait s'intéresser particulièrement à cette question, et devrait peut-être se faire le champion de cette pratique parce que je crois qu'elle est très importante pour notre pays, et nous pourrions peut-être donner l'exemple au monde.

Le président : Absolument.

Le sénateur Trenholme Counsell : Merci beaucoup et bonne chance à tous. Vos exposés étaient excellents, et vous jouez tous un rôle spécial. Ne perdez pas votre « enthousiasme ».

Le sénateur Cochrane : Quelle est votre profession, monsieur Fitzpatrick?

M. Fitzpatrick : Je travaille pour le compte d'une organisation de bienfaisance qui s'appelle maintenant Turnings. Comme je l'ai dit, elle s'appelait jusqu'à récemment le St. John's Metro Community Chaplaincy. Cette organisation a le statut d'organisme de bienfaisance. Elle est financée par le ministère de la Justice à Ottawa, dans le cadre du programme d'aumônerie. Notre travail, comme je l'ai dit, consiste à travailler avec les délinquants et les anciens délinquants pour les faire renoncer à la

high-profile sex offenders, violent rapists, pedophiles, individuals who commit violent crime and arsonists. One thing I wanted to speak to you about before you dismiss us here today, if I could, is about arsonists, because you were looking for certain things that were not in your portfolio here and there is a big issue with arsonists. About 70 per cent of my clients right now are drug addicts, mostly opiates.

Senator Cochrane: Do you want to talk about the arsonist issue now?

Mr. Fitzpatrick: Yes, I would like to mention a couple of things.

When I read your interim report, it was like the task force report that we did here on our OxyContin epidemic, and, of course, that was a fantastic board that put that together, a great group of people. They made recommendations to our government at that time and if all the recommendations were followed, you would certainly have a great handle on the problem. Certainly, you know what is in your interim report, so if most of that was followed, you would have a great handle on everything.

However, with arsonists, the government will have to step in right now because when an arsonist comes out of prison, whether you are aware of it or not, usually, they are placed on a long-term service order, LTSO, because they are a threat to the community. Usually, they are put in a correctional services facility, what we would call a halfway house, where they are supervised. However, sooner or later, the minute that long-term service order is up, they have to come out into the community. When they come out into the community, there is nobody in the community that can take them in because there is not an insurance company in Newfoundland who will insure anybody who has an arsonist living in their house. If you take anybody in, they are going to lose their insurance, so nobody is going to do that. That leaves that arsonist with no recourse but to commit another crime and end up back in the penitentiary because they cannot live on the streets. Definitely, in Newfoundland, they would freeze to death. The ones I know, the three or four that I have been working with, for instance, are low functioning and have several forms of mental illness.

That is a problem you have to deal with because these guys are accidents waiting to happen, or bombs waiting to go off. That is not only in Newfoundland. If we have them here, you have them right from here to Vancouver.

So, not to give you a problem without a solution, one thing you may be interested in doing is making changes in the insurance industry such that there is a company that is prepared to insure people who take in these individuals.

criminalité, les réintégrer dans la société et mieux assurer la sécurité de nos collectivités. Je travaille surtout avec des délinquants sexuels notoires, des violeurs, des pédophiles, des personnes qui ont commis des crimes avec violence et des pyromanes. Il y a une chose dont je voulais vous parler aujourd'hui avant que vous ne nous donniez congé, si vous le permettez, et il s'agit des pyromanes, parce que vous cherchiez certaines choses qui ne faisaient pas partie de votre mandat, et les pyromanes posent un grave problème. Environ 70 p. 100 de mes clients en ce moment sont des toxicomanes, qui consomment surtout des opiacées.

Le sénateur Cochrane : Voulez-vous parler des pyromanes maintenant?

M. Fitzpatrick : Oui, j'aimerais dire certaines choses.

Lorsque j'ai lu votre rapport intérimaire, j'ai trouvé que cela ressemblait au rapport du groupe de travail que nous avons créé ici pour contrer l'épidémie d'OxyContin, et bien sûr, c'est un groupe fantastique qui a rédigé le rapport, des gens formidables. Ils ont adressé des recommandations à notre gouvernement à l'époque, et si l'on avait mis en œuvre toutes les recommandations, aujourd'hui le problème serait sûrement réglé. Évidemment, vous savez ce qu'il y a dans votre rapport intérimaire, donc si l'on mettait en œuvre toutes vos recommandations, on maîtriserait sûrement la situation.

Cependant, avec les pyromanes, le gouvernement va devoir intervenir dès maintenant parce que lorsqu'un pyromane sort de prison, je ne sais pas si vous le savez, mais normalement, ils font l'objet d'une ordonnance de surveillance de longue durée (OSLD) parce qu'ils constituent une menace pour la société. Normalement, on les met dans un établissement correctionnel, que nous appelons une maison de transition, où ils sont surveillés. Cependant, tôt ou tard, la minute où l'ordonnance de surveillance de longue durée prend fin, ils doivent réintégrer la société. Quand ils réintègrent la société, il n'y a personne qui veut les accueillir parce qu'aucune compagnie d'assurance à Terre-Neuve ne va assurer une personne qui accueille un pyromane chez elle. Si vous prenez un tel pensionnaire, vous allez perdre votre assurance, donc personne ne va le faire. Ce qui fait que le pyromane n'a d'autre recours que de commettre un autre crime pour retourner au pénitencier étant donné qu'il ne peut pas vivre dans la rue. Chose certaine, à Terre-Neuve, il mourrait de froid. Ceux que je connais, les trois ou quatre avec qui j'ai travaillé, par exemple, sont des débiles légers qui ont diverses formes de maladie mentale.

C'est un problème que vous devrez régler parce que ces gars-là sont des bombes à retardement. Et pas seulement à Terre-Neuve. Si nous en avons ici chez nous, vous en avez partout jusqu'à Vancouver.

Donc, pour ne pas vous poser de problème sans vous offrir de solution, il y a une chose que vous devriez peut-être faire, et c'est apporter des changements à l'industrie des assurances de manière à créer une compagnie qui acceptera d'assurer les personnes qui accueillent ces pyromanes chez elles.

The Chairman: As a supplementary question, because I do not know anything about the likelihood of an arsonist recommitting the same crime, is it a fairly high probability? In other words, is there something about an arsonist that means that if you have done arson once, you are likely to do it again?

Mr. Fitzpatrick: Oh, guaranteed, yes. These people, like most people with mental illness or drug addiction, need continuous support. The only jurisdiction the federal government has on them right now is to put them under an article called a long-term service order. Even then, they have rights and when that is up, they are on the streets and you are saying to them, "Mr. So-and-So, we have to let you go. We do not want to, but we have to, and there is not a Christian in Newfoundland who is going to take you in." What do you think this person is going to do? We have people here in Newfoundland, like you have all across Canada, who, in the wintertime, will throw a rock through one of the stores just to go to prison for the winter. If you have a guy who is low functioning and has three or four forms of mental illness, nobody will take him in. It is not because nobody would want to. I am sure that the Department of Human Resources, Labour and Employment, HRLE, would pay \$5,000 a month for somebody to take him in to get him off the street, but if anyone takes him in, that person will lose their insurance and he may burn down their house.

I am giving you a heads-up. That is a problem that you will have to face. It has to be addressed and the bottom line is, you cannot procrastinate and put it off. That issue should be dealt with, and I am very concerned.

Senator Cochrane: Thank you for letting us know. That is important. This is why we are travelling across the country, to get an emphasis on items that need to be emphasized. We are happy to have you, trust me.

Ms. Baldwin: One initiative that I think is worth mentioning in this forum is a project of a local group called Stella Burry Community Services. They have certainly been working with the Department of Health and Community Services along with the former Health Care Corporation of St. John's, which was the institutional side, and Correctional Services of Canada to respond better to the individuals, such as the individual that Ron referred to. We found that by providing an amount of home support and intensive case management service, we have been able to maintain people in the community for longer periods of time.

The Chairman: We visited their facilities this morning.

Ms. Baldwin: Oh, good.

Senator Cochrane: Yes, that is exactly what we did. We also went to Mill Lane Enterprises and we also went to the Powell Centre, so we are a little bit ahead of you there, Kim. We are doing our homework. Anyway, Mr. Fitzpatrick, I am really glad that you are the voice of the people.

Le président : Question supplémentaire, parce que je ne sais rien du risque de récidive des pyromanes. Est-ce qu'il est fort probable qu'ils récidivent? Autrement dit, est-ce qu'il y a une caractéristique chez le pyromane qui le rend susceptible de recommencer?

M. Fitzpatrick : Ah oui, c'est garanti. Ces personnes, comme la plupart des personnes atteintes de maladie mentale ou qui sont toxicomanes, ont constamment besoin de soutien. Le seul pouvoir que le gouvernement fédéral peut exercer à leur égard, c'est d'émettre ce qu'on appelle une ordonnance de surveillance de longue durée. Mais même là, ces personnes ont des droits, et lorsque l'ordonnance expire, ces gens se retrouvent dans la rue et vous leur dites : « Monsieur Untel, nous devons vous libérer. Nous ne voulons pas vous libérer, mais nous sommes obligés de le faire », et il n'y a pas un chrétien à Terre-Neuve qui va vous accueillir chez lui. » Qu'est-ce que cette personne va faire, selon vous? Nous avons des gens ici à Terre-Neuve, comme il y en a partout ailleurs au Canada, qui, l'hiver, vont briser la vitrine d'un magasin avec une pierre rien que pour passer l'hiver en prison. S'il s'agit d'un débile léger qui a trois ou quatre formes de maladie mentale, personne ne va le prendre. Ce n'est pas parce que personne ne veut s'en charger. Je suis sûr que le ministère des Ressources humaines, du Travail et de l'Emploi serait prêt à payer 5 000 \$ par mois à la personne qui va l'accueillir chez elle afin de sortir cet incendiaire de la rue, mais si vous le prenez chez vous, vous allez perdre votre assurance et il pourrait mettre le feu à votre maison.

Je vous préviens. C'est un problème auquel vous allez devoir faire face. Le fait est que vous ne pouvez pas remettre cela à plus tard. Il faut qu'on règle cette question, qui me cause bien du souci.

Le sénateur Cochrane : Merci de nous le dire. Il est important de le savoir. Voilà pourquoi nous voyageons dans tout le pays : pour qu'on se concentre sur les questions les plus importantes. Croyez-moi, que nous sommes heureux de vous recevoir.

Mme Baldwin : Une initiative qu'il vaut la peine de vous mentionner c'est le projet d'un groupe local qui s'appelle les services communautaires Stella Burry. Ce groupe travaille avec le ministère de la Santé et des Services communautaires et l'ancienne Société de soins de santé de St Jean, qui s'occupait du côté institutionnel, et Services correctionnels Canada afin de mieux répondre à des cas comme celui de la personne dont Ron a parlé. Nous avons constaté qu'en assurant un certain soutien à domicile et un service intense de gestion de cas, nous avons pu garder les gens dans la collectivité plus longtemps.

Le président : Nous avons visité leurs installations ce matin.

Mme Baldwin : Très bien.

Le sénateur Cochrane : Oui, nous y sommes allés. Nous avons également visité Mill Lane Enterprises et le Centre Powell, donc c'est déjà fait, Kim. Nous faisons nos recherches. En tout cas, je suis ravie que vous soyez le porte-parole de la population.

Mr. Fitzpatrick: God, do not let that get out. We consider ourselves to be representatives of those who are low functioning or suffering from an illness and are not prepared to speak for themselves.

Senator Cochrane: We need you. The people need you. You are on this board, which will be wonderful as well.

Mr. Fitzpatrick: Yes.

Senator Cochrane: How many members are on this board?

Mr. Fitzpatrick: We have a board of directors that is comprised of 12 individuals from many walks of life. We have retired school principals, a lawyer, social workers and a parole officer; that type of a make-up. We have 23 fully trained volunteers who work with us with these individuals.

Senator Cochrane: Wow, I think things are really turning around.

I wanted to ask Geri about an item here. You said the PAU provides 24-hour psychiatric assessment services to the public, including clients brought in by law enforcers under the Mental Health Act.

Ms. Dalton: Yes.

Senator Cochrane: I have had experiences as well. RCMP officers have told me that is what they do because they have no place to put them, so they have to send them to the various institutions. Who else sends these people to you for help?

Ms. Dalton: The PAU is in St. John's, and right now in St. John's, there are two points of entry for emergency psychiatric services. There is the PAU at the Waterford Hospital, to which you can come in off the street and ask to see someone if you are in crisis or there is a concern. The Health Science Emergency Department is considered the centralized emergency in the general hospital sector and they have a psychiatric nurse on 24 hours there and the residents from the program. Also, there is a city-wide, on-call psychiatrist every day who responds to those two areas.

Senator Cochrane: Is there a 1-800 number or anything like that?

Ms. Dalton: No, we have our own number for both the emergency and Health Sciences Centre, but there is a crisis line with whom we link frequently and who refer people to us. That is through Kim's department. I guess it is all of us now, is it not?

Senator Cochrane: Tell us about it. Is that just for St. John's?

Ms. Baldwin: We are going through a bit of an identity crisis, as you can tell. No, we actually have a mental health crisis line, which is a provincial service. It is a 1-800 number and we frequently get calls from across the province. It is a 24-hour

M. Fitzpatrick : Mon Dieu, ne le dites pas trop fort. Nous nous considérons comme des représentants de ceux qui ont des capacités réduites ou qui sont atteints d'une maladie et ils ne sont pas prêts à parler pour eux-mêmes.

Le sénateur Cochrane : Nous avons besoin de vous. Les gens ont besoin de vous. Vous êtes membres de ce conseil, ce qui sera formidable également.

M. Fitzpatrick : Oui.

Le sénateur Cochrane : Le conseil compte combien de membres?

M. Fitzpatrick : Le conseil d'administration est composé de 12 membres de tous les milieux. Il y a des directeurs d'école à la retraite, un avocat, des travailleurs sociaux et un agent de libération conditionnelle : cela vous donne une idée de la composition du conseil. Nous avons 23 bénévoles bien formés qui travaillent également avec ces gens.

Le sénateur Cochrane : Bravo, les choses changent vraiment.

Je voulais poser une question à Gerry. Vous avez dit que le PAU fournit des services d'évaluation psychiatrique à la population, y compris les clients amenés par la police en vertu de la Loi sur la santé mentale.

Mme Dalton : Oui.

Le sénateur Cochrane : J'ai eu certaines expériences de ce genre moi-même. Les agents de la GRC m'ont dit qu'ils font cela car ils ne savent pas où mettre ces gens, donc ils doivent les envoyer dans divers établissements. Qui d'autre vous envoie des clients?

Mme Dalton : Le PAU se trouve à St. John's, et à l'heure actuelle, il y a deux points d'entrée pour les services psychiatriques d'urgence. Il y a le PAU à l'hôpital Waterford où les gens peuvent venir demander de l'aide en cas de crise ou de crainte. Les Services d'urgence des sciences de la santé est le service de soins d'urgence pour les hôpitaux généraux où une infirmière psychiatrique est de service 24 heures sur 24, en plus des résidents du programme. De plus, il y a un psychiatre en disponibilité tous les jours pour toute la ville. Il s'occupe de ces deux sortes de problèmes.

Le sénateur Cochrane : Est-ce qu'il y a un numéro sans frais ou quelque chose du genre?

Mme Dalton : Non, nous avons notre propre numéro tant pour les soins d'urgence que pour le Centre des sciences de la santé. Cependant, il y a une ligne d'écoute téléphonique et les responsables de cette ligne communiquent souvent avec nous et nous renvoient des clients. Cela passe par le département de Kim. C'est pour nous tous maintenant, n'est-ce pas?

Le sénateur Cochrane : Parlez-nous en. C'est simplement pour toute la ville de St. John's?

Mme Baldwin : Comme vous avez pu le constater, nous traversons une sorte de crise d'identité. Pas vraiment car on a une ligne d'écoute téléphonique pour les problèmes de santé mentale. Il s'agit d'un service provincial. C'est un numéro sans

service. We are looking at making changes to that line, trying to better integrate services with Geri's program and have a centralized crisis response service.

Senator Cochrane: If I was suicidal and I wanted to call this 1-800 number because I needed help, what would I receive on the other end?

Ms. Baldwin: You would connect with a professional on the other end, whether it is a mental health nurse or a social worker. They will try to work with you at identifying the level of risk that you may pose at that point. At some point, it may be necessary to invoke the Mental Health Act in terms of safety and at that point, they may have to contact the RCMP or the Royal Newfoundland Constabulary, depending on the area. Before it gets to that point, there is a lot of contracting and negotiation with the individual. Once the individual has been stabilized and has developed a contract with the staff, there are efforts to connect that person to local mental health services wherever they may reside.

Senator Cochrane: Is there some sort of follow-up?

Ms. Baldwin: Again, it is up to the individual if they chose to follow through with that, yes.

Senator Cochrane: What is your interpretation of "recovery"? Do you have a definition?

Ms. Baldwin: "Recovery" is a term we have used in the addictions field for a long time and have been getting to know it in terms of mental health as well. It is a concentration on wellness as opposed to focusing on the illness.

Senator Cochrane: Do you have anything positive to suggest? For example, would you recommend any preventative measures that you have encountered, and with which positive results have been achieved?

Ms. Baldwin: Prevention is an area we have struggled with. The demands have been so heavy on the treatment and intervention side, very few resources were left for prevention. We have staff, particular on the addictions side, whose primary focus is on working with young people. Coming out of the OxyContin Task Force report, we have developed a provincial committee that is comprised of representatives from the Department of Education, Department of Health, Department of Justice, youth serving agencies and young people themselves, in an effort to develop a strategy for preventing substance-use problems among our youth. That is still in its early stages, but again, it is the first time that we have had all those partners. Law enforcement is part of that as well. We recognize that different sectors approach prevention in different ways, so we needed to coordinate those services better. Also, we recognize in the mental health strategy the need to develop and do more about prevention and promotion of mental health.

Senator Cochrane: Does Mr. Fitzpatrick have something to add?

frais et on reçoit souvent des appels de toutes les régions de la province. C'est un service qui fonctionne 24 heures sur 24. Nous songeons à modifier ce service pour essayer de mieux l'intégrer avec le programme de Geri et créer un service de crise centralisé.

Le sénateur Cochrane : Si j'étais suicidaire et voulais appeler ce numéro sans frais pour avoir de l'aide, qui répondrait à l'appel?

Mme Baldwin : Un professionnel — soit une infirmière de santé mentale, soit un travailleur social — vous répondrait. Cette personne va essayer de déterminer le niveau de risque que vous posez à ce moment-là. Dans certains cas il sera peut-être nécessaire de recourir à la Loi sur la santé mentale pour des raisons de sécurité, et il faudra peut-être aussi communiquer avec la GRC ou le Royal Newfoundland Constabulary, selon la région. Avant d'en arriver là, il y a beaucoup de négociations avec la personne qui appelle. Une fois que la personne est stabilisée et s'est entendue avec le personnel, on essaye de mettre la personne en contact avec les services de santé mentale de sa région.

Le sénateur Cochrane : Est-ce qu'il y a un suivi?

Mme Baldwin : Cela dépend de la personne. Si c'est ce qu'elle choisit de faire, oui.

Le sénateur Cochrane : Comment définissez-vous le terme « récupération »?

Mme Baldwin : Il s'agit d'un terme que l'on utilise dans le domaine des toxicomanies depuis longtemps. On commence à l'utiliser dans le domaine de la santé mentale aussi. On insiste sur le mieux-être, plutôt que sur la maladie.

Le sénateur Cochrane : Avez-vous des recommandations concrètes à nous faire? Par exemple, pouvez-vous nous recommander des mesures de prévention qui ont donné de bons résultats?

Mme Baldwin : Nous avons eu des problèmes du côté de la prévention. La demande de traitement et d'intervention a été si forte qu'il nous restait peu de ressources pour faire de la prévention. Il y a du personnel, surtout du côté de la toxicomanie, qui travaille principalement avec les jeunes. Suite au rapport du groupe de travail sur l'OxyContin, nous avons créé un comité provincial composé de représentants du ministère de l'Éducation, du ministère de la Santé, du ministère de la Justice, des agences de services pour les jeunes et des jeunes eux-mêmes, pour essayer de mettre au point une stratégie pour empêcher les abus d'alcool ou d'autres drogues par les jeunes. Le comité vient de commencer ses travaux, mais c'est la première fois qu'on a la participation de tous ces partenaires. Les services de police y participent également. Nous savons que chaque secteur a une approche différente en matière de prévention, donc il faut mieux coordonner ces services. De plus, dans la stratégie de santé mentale, on reconnaît qu'il faut faire davantage du côté de la prévention et de la promotion de la santé mentale.

Le sénateur Cochrane : Voulez-vous ajouter quelque chose, monsieur Fitzpatrick?

Mr. Fitzpatrick: Yes, I was telling you that 70 per cent of our clients have drug addiction problems. In the past year and a half, at least 35 individuals we were working with were stealing every day to get money for drugs. We got them into programs and we sent them to Addiction Services. We got them to sign themselves into hospitals and we went to the hospitals every day to see them. We got them set up in school programs, this kind of a thing, got them straightened out, gave them something to do and got some of the jobs. You know what I mean?

Senator Cochrane: Yes.

Mr. Fitzpatrick: These people would have been a cost to the taxpayers of Canada, especially in Newfoundland, of at least a minimum from the time they were arrested until they served one year in prison of \$100,000 a year. We took 35 of them off the street. That is three and a half million dollars. I went to Tom Marshall, Minister of Justice and Attorney General. I have a letter in my office on file from the minister. I explained to him that the government should fund us so we could train more volunteers. Our volunteers are trained from Correctional Service of Canada in Ottawa and in our regional offices, where John Tonks is our regional director. Anyway, he said that the government does not put money up front. We are talking here about preventive measures.

For as little as \$100,000, we probably could have trained 30 or 40 volunteers, and we may have taken 50 guys off the street, but the government is not prepared to do that. That is why I said in my statement that the government is penny-wise and pound foolish. They are prepared to spend millions of dollars a year when they could give an organization a couple of hundred thousand dollars and save money. That is where I was coming from. People need to have a reason to get out of bed in the morning.

Senator Cochrane: Your point is well taken.

Senator Cook: I would like to say hello to all of you. It is good for me to be home and to hear that we are not doing too badly here in this little province. I have been listening all afternoon to how we care for other people, consumers of mental health, and I want to ask you the question: Who cares for you? I look at Geri's brief and she was 24 years working in the system and five as a nurse practitioner in primary care. I will leave that one. You can think about that, why you did what you did and what it cost you and all the rest of it. I do not mean in dollars and cents.

You are each professionals in your own area. The complexities that exist, for example, in the drug addiction field, OxyContin and crystal meth, and the methadone program, which is part of the recovery, mean that continuing education has to be paramount. How much is available for continuing education in your professions? If there is nothing available, how do you cope with the unknown that is continually coming at you as the universe unfolds? Geri, you decided one day you were going to do something else because you were challenged. To do that, you had to embark on a process. I would like to hear about that because if

M. Fitzpatrick : Oui. Je vous disais que 70 p. 100 de nos clients ont des problèmes de toxicomanie. Depuis un an et demi, au moins 35 des personnes avec qui on travaillait volaient de l'argent tous les jours pour pouvoir s'acheter de la drogue. On les a inscrits dans des programmes et on les a renvoyés au service de toxicomanie. On les a fait admettre à l'hôpital et nous sommes allés leur rendre visite à l'hôpital tous les jours. On les a inscrits dans des programmes scolaires, par exemple, on les a stabilisés, on leur a donné quelque chose à faire, et dans certains cas, on leur a trouvé des emplois. Vous me comprenez?

Le sénateur Cochrane : Oui.

M. Fitzpatrick : Ces gens auraient coûté aux contribuables canadiens, surtout à Terre-Neuve, au moins 100 000 \$ depuis le moment de leur arrestation jusqu'à ce qu'ils purgent une peine d'un an de prison. Grâce à nos efforts, 35 d'entre eux n'étaient plus dans la rue. Cela représente 3,5 millions de dollars. Je suis allé voir M. Tom Marshall, le ministre de la Justice et procureur général. J'ai dans mes dossiers une lettre qu'il m'a envoyée. Je lui ai expliqué que le gouvernement devrait nous donner le financement voulu pour nous permettre de former des bénévoles. Nos bénévoles sont formés par Services correctionnels Canada à Ottawa et dans nos bureaux régionaux, où John Tonks est le directeur régional. Cependant, le ministre m'a dit que le gouvernement n'accorde aucun financement à l'avance. On parle ici de mesures de prévention.

Avec aussi peu que 100 000 \$, nous aurions probablement pu former 30 ou 40 bénévoles, et nous aurions peut-être pu retirer 50 personnes de la rue, mais le gouvernement n'est pas disposé à le faire. Voilà pourquoi j'ai dit dans ma déclaration que le gouvernement fait des économies de bout de chandelle. Il préfère dépenser des millions de dollars par an plutôt que de donner 100,000 ou 200,000 \$ à un organisme et faire des économies de cette façon. Voilà ce que je voulais dire. Il faut donner aux gens une raison de se lever le matin.

Le sénateur Cochrane : Votre argument est très valable.

Le sénateur Cook : Je tiens à vous saluer tous. Il est bon d'être chez moi et de savoir qu'on se débrouille assez bien dans cette petite province. Tout l'après-midi je vous entendais décrire comment vous vous prenez soin d'autrui — les consommateurs des soins de la santé mentale — et la question qui me vient à l'esprit est la suivante : qui s'occupe de vous? Dans le mémoire de Geri je vois qu'elle a travaillé dans le système pendant 24 ans et comme infirmière praticienne en soins primaires pendant cinq ans. Je vous laisse réfléchir à la question, pourquoi avez-vous fait cela, quels ont été les coûts — et pas seulement sur le plan pécuniaire.

Vous êtes tous des professionnels dans vos domaines respectifs. La complexité en matière de toxicomanie — par exemple OxyContin, crystal meth et la méthadone, qui font partie du traitement — est telle que l'éducation permanente est cruciale. De quelles ressources disposez-vous pour l'éducation permanente dans vos secteurs respectifs? S'il n'y en a pas, comment faites-vous face aux inconnus auxquels vous êtes constamment exposés? Vous avez dit, Geri, qu'un jour vous avez décidé de faire autre chose afin de relever un défi. Pour ce faire, il fallait entreprendre tout un processus. J'aimerais que vous nous en parliez car si nous voulons

we are going to build capacity in a workforce to care for the people that we identify, then I think governments have to offer something, whether it is seats at universities or schools of nursing, or somewhere for continuing education to take place. How do we build this capacity, especially here in my province where the retention of professionals is far more challenging than it is in mainstream Canada? Not everyone wants to subject themselves to this kind of weather, let alone everything else, but it is a great place to live. I would like to hear how you feel about that. Talk about you for a change.

Ms. Dalton: I guess I have always been involved throughout my career in professional development initiatives to ensure that I provide care that is appropriate and reflects the best practice for my profession. However, when I decided to do the nurse practitioner program, the mental health program was a new program here in the province and the mental health program decided that there was a place for people with that skill set in the program. They offered or obtained four seats, but not four paid seats. They simply obtained four seats for nurse practitioners to take part in that mental health program. When I applied for it, I was very interested and I guess I had been in administration for a while and decided that I wanted to get back into the clinical work. I will tell you, it was a big investment and it was not easy. I would say the program cost me \$100,000 because I gave up a year of salary, I borrowed through a deferred salary payment arrangement about two-thirds of my salary, which I am still paying back, and when I returned to work, I took a job that was lower paying than what it was before I went into the program. It is not for the money that I am doing it, I can tell you.

Senator Cook: No.

Ms. Dalton: To attract people who have the drive, the interest and the commitment, there needs to be, as you said, support for people to pursue continuing education and these things.

Ms. Baldwin: I agree. Training is paramount for people working in the field, and ongoing development is important. Historically, we have not done well with supporting people to do the training that they need to stay abreast of the field. Again, it has been a balancing act in terms of providing the service and the supports needed to provide that service. We have been involved in some initiatives, working with the community centres on substance abuse and looking at workforce development in the addictions field. It has been one area that is showing some promise in terms of highlighting what is needed to maintain people in the field. Personally speaking, I know you have to have a real affinity for working in this field. It has its share of frustrations, particularly with addictions where you deal with relapse on an ongoing basis. As well, I have worked in a range of programs across the field, but the most difficult was working in the detox centre where you see people who could not get well. Eventually, we had a number of people who did not make it. That is emotionally draining.

augmenter le nombre de professionnels dans ce domaine, je pense que les gouvernements doivent offrir quelque chose — qu'il s'agisse de places dans les universités ou dans les écoles d'infirmières ou dans tout autre établissement d'éducation permanente. Comment renforce-t-on les capacités, surtout ici dans ma province, où il est beaucoup plus difficile qu'ailleurs au Canada de garder des professionnels? Ce n'est pas tout le monde qui veut vivre ici à cause du climat, entre autres, même si c'est un endroit formidable. Qu'en pensez-vous? Parlez-nous de vous-même un peu.

Mme Dalton : Tout au long de ma carrière, j'ai toujours participé à des initiatives de développement professionnel pour m'assurer que mes services soient appropriés et tiennent compte des pratiques exemplaires de ma profession. Cependant, quand j'ai décidé de suivre le programme d'infirmière praticienne, le programme de santé mentale était nouveau ici à Terre-Neuve et ses responsables ont décidé qu'il y avait de la place dans ce programme pour les gens ayant cet ensemble de compétences. Ils ont obtenu quatre places, mais pas quatre places rémunérées. Ils ont obtenu quatre places pour que des infirmières praticiennes participent à ce programme de santé mentale. Au moment où j'ai fait ma demande, je m'intéressais beaucoup au programme. Je faisais de l'administration depuis un certain temps et j'ai décidé que je voulais retourner à la pratique clinique. Je peux vous dire que cela m'a coûté cher et que ce n'a pas été facile. Je dirais que ça m'a coûté 100 000 \$, car j'ai dû renoncer à une année de salaire. Grâce à un arrangement de salaire différé, j'ai emprunté environ deux tiers de mon salaire, que je suis toujours en train de rembourser. Quand je suis retournée travailler, j'ai accepté un poste qui payait moins bien que mon poste antérieur. Je peux vous garantir que ce n'est pas pour l'argent que je fais ce métier.

Le sénateur Cook : Non.

Mme Dalton : Pour attirer ceux qui ont la motivation, l'intérêt et le dévouement, il faut, comme vous l'avez dit, de l'aide pour qu'ils puissent poursuivre leurs études.

Mme Baldwin : Je suis d'accord. La formation est essentielle pour ceux qui travaillent sur le terrain et le perfectionnement lui aussi est important. Dans le passé, nous n'avons pas su aider les gens à obtenir la formation dont ils ont besoin pour rester à la fine pointe de leur domaine. Il a fallu trouver un juste milieu entre fournir le service et obtenir l'aide nécessaire pour offrir ce service. Nous avons participé à certaines initiatives, travailler avec des centres locaux de toxicomanie et chercher à créer de la main-d'œuvre dans ce domaine. C'est assez prometteur car cela met en lumière ce qu'il faut pour conserver les travailleurs dans le domaine. Pour ma part, je sais qu'il faut avoir la vocation. Ce métier a son lot de frustrations, surtout en matière de toxicomanie où les rechutes sont fréquentes. J'ai aussi travaillé dans tout un éventail de programmes, mais le plus difficile a été de travailler dans les centres de désintoxication où des gens n'arrivent pas à s'en sortir. Un certain nombre de gens n'ont pas pu rester. Émotivement, ça épuise.

In terms of how do we take care of ourselves, we need to incorporate the very things we are trying to impart regarding maintaining optimal mental health. We have good support systems. I have referenced a support system that we have developed across the province. We have recently expanded that to other parts of Atlantic Canada, so we have a group of addictions directors who are in constant contact and we can learn from each other. As well, we have good structures locally that we rely on. Those kinds of things are essential, and knowing your boundaries and being able to balance is important.

Mr. Fitzpatrick: I guess we all do the same things, but differently. I started about seven years ago. I used to work for Newfoundland Power, the hydro company here. I was a senior operator there in charge of a shift, supplying the province with power. I used to work 12-hours shifts. I had four days on and four off, so when I was off, I started volunteering with what was the Metro Community Chaplaincy at the time, working with offenders. I took a package from Newfoundland Power five years ago and I started volunteering 40 hours a week with Metro Chaplaincy for two and a half years. I also started doing different courses on suicide prevention and other topics. Anyway, a year and a half ago, they were looking for a chaplain, so I applied. I had the street experience and I got the job.

I find it stressful, but at our head office in Ottawa, we meet a couple of times a year with other chaplains, as Kim just said, and over coffee or whatever, we talk about what we are doing. We try to help each other out. Last year, I think we had nine chaplains burn out. Every year, eight or nine burn out. It is stressful.

I am fortunate. I have a stressful job, but I also love it and that makes a big difference. I am Roman Catholic. I have a parish priest that I can go to and drive him nuts when I get wound up. I also have a parole officer that I can turn to. I find that you need to unwind and I am like an Italian; I have to be going with the hands, yelling and bawling. If it is on my mind, it has to come out. I get to the priest and I just unwind. He lets me go, and that is what I find is good. Then I learned to pace myself. I know when I am doing too much.

We are so underfunded and so short-staffed and every day, our workload grows. We know we cannot do it all and we know we should pace ourselves, but we do all push ourselves to the limit. We are not complaining because if I was told I could not do this tomorrow, you would not be around me. I live for what I do.

Senator Cook: From what I gather this afternoon, everyone seems to be excited about this new provincial mental health strategy.

Mr. Fitzpatrick: Yes.

Comment prend-on soin de soi? Il faut appliquer à soi-même les principes de santé mentale que l'on essaie d'inculquer. Nous avons de bons systèmes de soutien. J'ai parlé d'un système que nous avons mis sur pied à l'échelle de la province. Récemment, nous l'avons étendu à d'autres parties du Canada atlantique, si bien qu'il y a désormais un groupe de directeurs de centres de toxicomanie qui sont en contact constant et qui peuvent apprendre les uns des autres. Nous pouvons aussi compter sur de bonnes structures locales. Ces choses-là sont essentielles; il faut savoir quelles sont ses limites et trouver son équilibre.

M. Fitzpatrick : Nous faisons tous les mêmes choses, j'imagine, mais différemment. Moi, j'ai commencé il y a sept ans à peu près. Je travaillais à la société hydroélectrique Newfoundland Power. J'étais contrôleur en chef d'une équipe qui alimentait la province en électricité. Je faisais des quarts de 12 heures. J'avais quatre jours de travail suivis de quatre jours de congé. Pendant mes congés, j'ai commencé à faire du bénévolat à l'aumônerie locale auprès de délinquants. J'ai accepté un forfait de cessation d'emploi de la Newfoundland Power il y a cinq ans et j'ai commencé à faire 40 heures par semaine de bénévolat à l'aumônerie; cela a duré deux ans et demi. J'ai aussi suivi plusieurs cours sur la prévention du suicide et d'autres questions. Il y a un an et demi, elle avait besoin d'un aumônier, et je me suis présenté. J'avais l'expérience pratique et c'est moi qui ai obtenu le poste.

C'est effectivement stressant, mais deux fois par an nous nous retrouvons à notre siège à Ottawa avec d'autres aumôniers, comme Kim vient de le dire, et en prenant le café, par exemple, nous parlons de ce que nous faisons. Nous essayons de nous aider mutuellement. L'an dernier, neuf aumôniers, je crois, ont été victimes de surmenage. Chaque année, il y a huit ou neuf cas de ce genre. C'est stressant.

J'ai de la chance. Mon emploi est stressant mais je l'adore et cela fait une énorme différence. Je suis catholique. Je peux aller voir le curé de ma paroisse et c'est lui que je rends dingue quand je suis tendu. Il y a aussi un agent de libération conditionnelle à qui je peux me confier. Je trouve qu'il faut se détendre et je suis comme un Italien : mes mains s'agitent dans tous les sens, je crie et je hurle. Si quelque chose me tracasse, il faut que ça sorte. Je vais voir le curé et je me défoule. Il me laisse faire et cela me fait du bien. J'ai aussi appris à me ménager. Je sais quand j'en fais trop.

Nous avons si peu de fonds et si peu de personnel que notre charge de travail s'accroît de jour en jour. Nous savons que nous ne pouvons pas tout faire et que nous devrions ralentir un peu, mais nous y mettons tous les efforts, jusqu'à la limite. Nous ne nous plaignons pas parce que nous aimons ce que nous faisons. Si on me disait que je ne pouvais pas faire ce travail demain, je deviendrais insupportable. Mon travail, c'est ma vie.

Le sénateur Cook : D'après ce que je comprends aujourd'hui, tout le monde semble très passionné par la nouvelle stratégie provinciale en santé mentale.

M. Fitzpatrick : C'est exact.

Senator Cook: If I heard correctly, there was no new infusion of funds; rather, it was a relocation of the present funding. Is that right: was there a piece of money or was it a reallocation of funds to do things differently?

Ms. Baldwin: To clarify, that is the mental health strategy you are referring to?

Senator Cook: Yes.

Ms. Baldwin: I think it is a combination. In the budget, there was an announcement of a million dollars for implementation of some of the plan. It is a longer term plan.

Senator Cook: It was a million dollars for implementation and once it is implemented, do you see it needing funding? In other words, is it a one-time shot of a million dollars?

Ms. Baldwin: No. It will be ongoing funding.

Senator Cook: It will have to be a sustainable fund?

Ms. Baldwin: Yes, that is right.

Mr. Fitzpatrick: We were talking about methadone. I am a member of the committee and I certainly favour of methadone treatment, but it is important to be aware, in case you do not know, that when the government opens up a methadone maintenance treatment program, when people start taking methadone, it can be just as deadly or even deadlier as OxyContin, heroin or anything else when it is abused. If the government supplies a clinic and provides methadone maintenance treatment for opiate abusers, after a couple of months, all those people taking treatment are now chronically addicted to methadone. The government must have a commitment. You cannot put 100 or 200 people in a methadone maintenance treatment program, get them taking methadone daily and then say, "Okay, we are going to drop the funding." Then the streets are loaded up with 200 or 300 people who are chronically addicted to methadone, and you have created another drug epidemic. Once you start, you are basically committed to continue.

The Chairman: Has that happened anywhere that you know of?

Mr. Fitzpatrick: No, it has not because the programs work so well, and the federal government have seen it work so well. It has been documented and monitored in all the federal prisons across Canada and all the provincial prisons in British Columbia. It has proven to be cost saving, and there is no end to the benefits.

On that topic, and I purposely did a segue to get this in, we desperately need methadone maintenance treatment programs in our provincial prisons because if we do not, in Newfoundland, every time one of my clients or anybody else ends up in one of our penitentiaries with an opiate addiction, they are forced to go cold turkey. They are always seeking ways to sneak drugs into the prison because inmates are always looking for a fix. I have picked

Le sénateur Cook : Si je comprends bien, vous n'avez pas obtenu de nouveaux fonds. On a simplement réaffecté le budget actuel. Est-ce que c'est bien cela? Avez-vous reçu un nouveau budget, ou est-ce qu'on a réaffecté les montants actuels pour faire les choses différemment?

Mme Baldwin : Soyons clairs. Vous parlez bien de la stratégie provinciale en santé mentale?

Le sénateur Cook : Oui.

Mme Baldwin : Je pense que c'est les deux. Dans le budget, on a annoncé un million de dollars pour la mise en œuvre d'une partie du plan. C'est un plan à long terme.

Le sénateur Cook : Bon, il y aura un million de dollars pour la mise en œuvre. Après la mise en œuvre, pensez-vous qu'il va falloir financer le plan? En d'autres mots, parlons-nous d'un montant ponctuel d'un million de dollars?

Mme Baldwin : Non, il va falloir financer le plan de façon continue.

Le sénateur Cook : Il faudra donc un fonds durable?

Mme Baldwin : C'est exact.

M. Fitzpatrick : Nous parlions de la méthadone. Je fais partie du comité et je suis certainement en faveur du traitement à la méthadone, mais il importe de, au cas où vous l'ignoreriez que, lorsque le gouvernement lance un programme de traitement d'entretien à la méthadone, quand les gens commencent à prendre de la méthadone, le problème d'un usage excessif est tout aussi grave ou même plus grave que dans le cas de l'OxyContin, de l'héroïne ou d'autres substances. Si le gouvernement établit et approvisionne une clinique, et offre un traitement d'entretien à la méthadone pour les toxicomanes d'opiacées, tous ceux qui reçoivent le traitement auront une dépendance à l'égard de la méthadone au bout de quelques mois. Donc, le gouvernement doit s'engager. Vous ne pouvez pas offrir un programme de traitement d'entretien à la méthadone à 100 ou 200 personnes, leur donner de la méthadone chaque jour et puis dire que vous n'allez plus financer le programme. Là, vous aurez 200 ou 300 personnes qui dépendent de la méthadone dans les rues. Et vous aurez créé une nouvelle épidémie de drogue. Une fois que vous commencez le programme, vous vous engagez à le continuer.

Le président : Savez-vous si ce phénomène s'est déjà produit quelque part?

M. Fitzpatrick : Non, parce que les programmes fonctionnent très bien, et le gouvernement fédéral s'en est rendu compte. Le programme a été documenté et surveillé dans toutes les prisons fédérales du Canada, et dans toutes les prisons provinciales de la Colombie-Britannique. Il engendre des économies, et les avantages sont innombrables.

J'aimerais ajouter quelque chose sur le même sujet. Nous avons désespérément besoin de programmes de traitement d'entretien à la méthadone dans nos prisons provinciales. Si nous n'établissons pas de tels programmes, à Terre-Neuve, chaque fois qu'un de mes clients ou quelqu'un d'autre qui dépend des opiacées finit dans nos prisons, ils sont forcés de subir un sevrage brutal. Ils cherchent sans cesse à introduire des drogues dans la prison

people up when they are released from prison and if I brought them to a certain address, like up the street here, I would not even have time to stop my car and they would be jumping out the door and gone, looking for a fix. Ninety nine per cent of them go right back on it the next day, as soon as they get out.

When they go to a provincial prison for stealing drugs, especially opiates, they need to get on a methadone maintenance treatment program. Then they need to take addictions counselling, which is provided there, and other supports to understand the reasons why they use drugs. Then, when they get out, they can enter our provincial methadone maintenance treatment program and become productive citizens again without ever getting back to a life of crime.

The Chairman: There are no programs in provincial jails?

Mr. Fitzpatrick: This is one of the things we are experiencing now. There is no continuity. If a guy comes out of federal prison after, say, a five-year term and he was on methadone maintenance treatment in the prison, he is released from prison, his warrant expires and he is as free as you or I. He needs to be in a methadone program because he has been on it these five years. If he does not get in it right away because of waiting lists, he can be back on the street using street drugs because that is his only alternative, and he ends up back in jail. If he is sentenced to our provincial prison for stealing drugs, he goes to prison and he may or may not get into a methadone maintenance program. There is no hard-and-fast rule that says if you were on a methadone maintenance program coming out of federal prison and you go to provincial prison, you will be given your methadone. There is nothing like that. It is entirely up to the doctor at the provincial prison whether he wants to treat you for it and the doctor can only treat you for it, as you know, if they have a licence prescribed by Health Canada.

Ms. Baldwin: I would like to expand on that, because that was a recommendation coming out of the OxyContin Task Force report.

Mr. Fitzpatrick: Yes.

Ms. Baldwin: It was recognized at the time that there was that gap in treatment service in the province. There were no community-based methadone programs, so it was difficult to have a program in a facility knowing people were coming out into the community. The recommendations were there to develop provincial guidelines, which included the provision of methadone treatment services in provincial facilities. There was also the recommendation to develop a community-based program, which we will offer within the next week, a limited service. As well, there was the recommendation to expand and have methadone services available in provincial facilities. It is a staged approach to implementing the service.

illégalement parce que les détenus cherchent toujours un fixe. J'ai déjà été chercher des détenus à leur sortie de prison, et quand je les amène à une certaine adresse, tout près d'ici, je n'ai même pas le temps d'arrêter ma voiture. Ils ont déjà sauté de la voiture pour se chercher un fixe. Quatre-vingt-dix-neuf pour cent de ces détenus redeviennent toxicomanes à peine sortis de prison.

Quand ils se trouvent dans les prisons provinciales pour avoir volé de la drogue, surtout des opiacées, ils doivent absolument suivre un programme de traitement d'entretien à la méthadone. Il leur faut un programme d'intervention en toxicomanie, qui est offert à la prison, ainsi que d'autres formes d'appui pour comprendre pourquoi ils prennent de la drogue. Ensuite, une fois qu'ils sortent de prison, ils peuvent suivre notre programme provincial de traitement d'entretien à la méthadone et redevenir des citoyens productifs sans jamais retomber dans leurs activités criminelles.

Le président : Il n'y a pas de programmes dans les prisons provinciales?

M. Fitzpatrick : C'est un des problèmes que nous avons à l'heure actuelle. Il n'y a pas de continuité. Quand un détenu sort du pénitencier, mettons au bout de cinq ans, il est aussi libre que vous et moi. Si il recevait un traitement d'entretien à la méthadone en prison, il doit continuer à le recevoir à l'extérieur parce qu'il l'a reçu en prison pendant cinq ans. S'il n'est pas intégré dans un programme immédiatement à cause des listes d'attente, sa seule option c'est de trouver de la drogue dans les rues, et là il finit par retourner en prison. Et s'il est envoyé à une prison provinciale pour avoir volé des drogues, il n'y a aucune garantie qu'il soit intégré dans un programme de traitement d'entretien à la méthadone. Il n'y a aucune règle stipulant que si vous faisiez partie d'un tel programme dans le pénitencier fédéral, vous recevrez de la méthadone dans la prison provinciale. Il n'y a pas de tels règlements. Le traitement dépend entièrement du médecin à la prison provinciale. C'est lui qui décide s'il veut vous traiter, et lui seul peut vous traiter, comme vous le savez, s'il détient un permis de Santé Canada.

Mme Baldwin : J'aimerais dire autre chose là-dessus. Il y a eu une recommandation découlant du rapport du groupe de travail sur l'OxyContin.

M. Fitzpatrick : Oui.

Mme Baldwin : À l'époque, on a reconnu qu'il y avait des lacunes dans les services de traitement offerts par la province. Il n'y avait aucun programme d'entretien à la méthadone offert par la collectivité, il était donc difficile d'établir un programme dans la prison en sachant que les détenus, une fois libérés, intégraient la communauté. On a recommandé l'élaboration de lignes directrices provinciales, qui devaient comprendre des programmes de traitement d'entretien à la méthadone dans les institutions provinciales. On a aussi recommandé le développement d'un programme offert par la communauté, qui sera offert de façon limitée dès la semaine suivante. Le groupe de travail a aussi recommandé qu'on élargisse et qu'on offre un service de méthadone dans les institutions provinciales. La stratégie consisterait à mettre le service sur pied par étapes.

Senator Trenholme Counsell: I heard the term “lock-up” used two or three times this afternoon. One thing we believe as a senator task force representing the Parliament of Canada is that we can decrease stigma across the land. I think we should start by having our police officers, community people, health care workers and so on using the word “detention centre” rather than “lock up” because that has such a stigma to it. I am not accusing you people of anything. I know that is the term used, but if we can start little by little and get rid of that word, it will help all the people who find themselves in that kind of predicament overnight or for whatever length of time.

Senator Cordy: Kim, do we have enough national research in the area of mental health and addictions? How do we develop best practices unless we have the research to back it up?

Ms. Baldwin: Within the addictions area, a number of best practice documents have been published through Health Canada, and they pretty well become our bible when we are developing or planning services. We refer to them, we consult with other jurisdictions and then we use that information as we move forward. In terms of research, more attention has been focused on the need for more specialized research in mental health and addictions. I mentioned earlier the movement towards developing a national framework on substance abuse. Concurrent with that is the development of a national research agenda for substance use and abuse. Similarly, I think processes like that would be needed for broader mental health, yes.

The Chairman: Kim, thank you for giving us the distinction between program integration and system integration. We had been trying to figure out how to describe it — system integration, not program integration — and that definition was really good.

Ron, you look like you want the last word.

Mr. Fitzpatrick: No, I am not trying to get the last word. I am like Columbo. I am always saying, “Oh, by the way...” I just wanted to mention something.

I know you have it covered in your interim report, but it is something that I see all too often. It is overprescribing. The Morineau report calls it the “chemical straitjacket” or something.

The Chairman: Right.

Mr. Fitzpatrick: I am in court regularly with clients who are up on charges for stealing for drugs. I had an occasion to be with a guy about a month ago where the guard almost had to lift him from the room with the shackles on and sit him in the seat, then lift him out and bring him back. He was being sentenced and he

Le sénateur Trenholme Counsell : Deux ou trois fois cet après-midi, j’ai entendu l’expression « lock-up ». En tant que groupe de travail sénatorial représentant le Parlement du Canada, nous estimons pouvoir atténuer la stigmatisation négative qui y est rattachée dans tout le pays. Il faudrait commencer par exiger que nos policiers, nos intervenants communautaires, nos intervenants en soins de santé et tous les autres utilisent l’expression « detention centre » en anglais, qui veut dire « centre de détention » en français, parce que l’expression « lock-up » entraîne une perception tellement négative. Je ne vous accuse de rien. Je sais qu’on utilise cette expression, mais si on commence petit à petit à s’en débarrasser, cela va aider tous les gens qui se trouvent en détention pendant une nuit, ou pendant une plus longue période.

Le sénateur Cordy : Kim, faisons-nous assez de recherche au Canada dans le domaine de la santé mentale et de la toxicomanie? Comment pouvons-nous développer des meilleures pratiques sans les recherches qui les étayent?

Mme Baldwin : Pour ce qui est de la toxicomanie, Santé Canada a publié toute une série de documents sur les meilleures pratiques, et nous les suivons de très près quand nous élaborons ou planifions des services. Nous nous référons à ces documents, nous consultons d’autres compétences, et nous utilisons ces informations dans nos démarches. Pour ce qui est de la recherche, on s’est concentré sur le besoin d’intensifier la recherche spécialisée sur la santé mentale et sur la toxicomanie. Tout à l’heure, j’ai parlé du mouvement vers l’élaboration d’un cadre national sur la toxicomanie. En même temps, on parle d’élaborer un programme de recherche national sur l’utilisation et l’abus de l’alcool et d’autres drogues. D’après moi, de tels processus sont nécessaires pour traiter une gamme plus vaste de problèmes de santé mentale.

Le président : Kim, merci de nous avoir expliqué la différence entre l’intégration des programmes et l’intégration des systèmes. Nous avons essayé de trouver un moyen de la décrire — l’intégration des systèmes, pas l’intégration des programmes, — et cette définition était vraiment bonne.

Ron, j’ai l’impression que vous tenez à avoir le dernier mot.

M. Fitzpatrick : Non, je n’essaie pas d’avoir le dernier mot. Je suis comme Columbo. Il y a toujours quelque chose dont je me souviens au dernier moment. Je voulais mentionner quelque chose.

C’est quelque chose que je vois tout le temps. Je sais que vous en avez parlé dans votre rapport intérimaire. Je parle des prescriptions excessives. Dans le rapport Morineau, on appelle cela une camisole de force chimique, ou quelque chose de semblable.

Le président : C’est exact.

M. Fitzpatrick : Je me retrouve régulièrement au tribunal avec des clients qui sont accusés de vol, d’avoir volé des médicaments. Il y a à peu près un mois, j’étais avec quelqu’un qui était tellement parti que le gardien a presque dû le porter de la chambre avec les entraves aux chevilles, et l’asseoir, puis le soulever à nouveau pour

was stunned as a bat and did not know where he was. Do you know what I am saying? He was zonked right out of it. I think there is far too much overprescribing.

Ms. Jackman: That is not funny. "Stoned as a bat." That is not funny.

The Chairman: Okay.

Mr. Fitzpatrick: Yes.

The Chairman: Thank you for that comment. Thank you very much for coming, all three of you.

Senators, we will hear now from some consumers.

May I thank all four of you for coming. I think when you registered, checked in or whatever the formal terminology is, you were advised that you get approximately five minutes to make a statement and we do not really get into a large number of questions with you. By the way, I know some of you have sat here all day, so thanks to all of you for coming.

Ms. Helen Forristall, as an individual: I have been itching to say something because I think it is important for you to see the face of mental illness. I do not like to admit it. I am ashamed and humiliated and I still have to work on that, but I am a mental illness consumer and I do take strong offence to stigma. I find that it is amazing how people treat you. Even when I came here today, for example, it was, "Are you a presenter?", because nobody really knows the face of mental illness and the implication was, "Or what are you? Are you an observer or what are you?" There was a comment made about how the health care workers take care of themselves and I admire that, but I did not choose this illness. This is not something that I chose and it is important to remind people of that, including this society and my family.

I want to make two points. There are severe consequences to admitting that you are mentally ill. That is one point. Two, when you admit it, there are long waiting lists that you have to endure alone.

My doctor told me I had a sick brain just as somebody else would have a sick heart and that is fine and well in a doctor's office, but in society, that does not work. People tell me to, "Snap out of it," and "Think happy thoughts." They recommend books and they lay this guilt trip on me, such as, "You are too young to be depressed," and, "You have nothing to be depressed about. Look what you have. You live in Newfoundland. You have a great life." Again, I did not choose this. If I had breast cancer, nobody would question me.

le ramener. Il était en train d'être sentencing, et il était complètement parti. Il ne savait pas où il était. Comprenez-vous ce que je vous dis? Il était complètement parti. On donne beaucoup trop de médicaments.

Mme Jackman : Ce n'est pas drôle. « Complètement parti ». Ce n'est pas drôle.

Le président : Bon.

M. Fitzpatrick : Oui.

Le président : Merci pour ce commentaire. J'aimerais remercier les trois témoins d'être venus.

Honorables sénateurs, nous allons maintenant entendre quelques consommateurs.

Je vous remercie tous d'être venus. Je pense qu'au moment de l'inscription, on vous a dit que vous auriez à peu près cinq minutes pour faire une déclaration, et que nous n'allions pas poser trop de questions. En tout cas, je sais que certains d'entre vous sont ici depuis ce matin, donc je vous remercie d'être venus.

Mme Helen Forristall, à titre personnel : J'avais hâte de dire quelque chose, parce que j'estime qu'il est important pour que vous voyez le visage de la maladie mentale. Je n'aime pas admettre que je suis malade. J'ai honte et je suis humiliée, et je dois travailler sur cet aspect-là. Je suis une consommatrice à cause de la maladie mentale, et je suis très offensée par la perception négative. C'est incroyable comment les gens vous traitent. Même aujourd'hui, quand je suis venue ici, on me demandait si j'étais ici pour faire un exposé.

Personne ne connaît vraiment le visage de la santé mentale. On sous-entendait : « Si vous n'êtes pas ici pour faire un exposé, qui êtes-vous, êtes-vous une observatrice, ou quoi? » On a parlé du fait que les travailleurs en santé mentale s'occupent d'eux-mêmes, et c'est quelque chose que j'admire. Mais moi, je n'ai pas choisi cette maladie. Ce n'est pas quelque chose que j'ai choisi, il est important qu'on rappelle cela aux gens, à la société, à la famille, et d'autres.

J'ai deux choses à dire. Quand on admet qu'on a une maladie mentale, les conséquences sont graves. C'est une chose. Deuxièmement, une fois qu'on a admis qu'on a une maladie mentale, il y a de longues listes d'attente et il faut y faire face tout seul.

Mon médecin m'a dit que j'avais un cerveau malade, comme quelqu'un d'autre peut avoir un cœur malade. Ça, c'est bien au bureau du médecin, mais ça ne marche pas dans la société. Les gens me disent de m'en sortir, et de penser à des choses positives. Ils recommandent des livres, et puis me font sentir coupable. Ils disent des choses comme : « Tu es trop jeune pour faire une dépression. » Ou encore : « Tu n'as aucune raison d'être déprimée, regarde toutes les choses que tu as. Tu vis à Terre-Neuve; tu as une vie magnifique. » Je le répète, je n'ai pas choisi cette maladie. Si j'avais le cancer du sein, personne ne me dirait des choses pareilles.

When I came to my employers and told them that I was depressed, they said, "Well, you will have to prove that." I said, "I intend to. I have a note from a psychiatrist that says so. If you would like to see my purse, I have lots of pills that I have to take and I have to suffer through."

I also have to suffer through the indignity of being looked down on and it bothers me a great deal, so it is difficult to sit here. I find myself hiding behind my hair when there is a picture being taken because I still deal with the shame every day.

I wanted to say that I left my job last year sobbing. I am a clerk with the government, but my job is that the most vulnerable members of the public tell me the most traumatic things in their lives, such as they have lost their spouse, they are permanently disabled and they cannot afford their drugs. I am the only person they find that has ever really listened to them. I do not have training. I am bilingual, I have an arts degree, but I am not a social worker and I did not know how to deal with this. I worked with the federal government.

I left my job, July 9. I have not been back. I am on the status of leave without pay, leave undetermined. I have to fill out questionnaires monthly to prove that I am still mentally ill. I had to beg my GP to have an appointment with a psychiatrist. I begged him, I pleaded with him and his response was, "Yes, well, he has 600 active patients. He is getting old and you do not really need this. Just keep on taking your drugs." I stood up and I said, "No, I want to see a psychiatrist." He said, "Fine." I have not gone back to that doctor.

I see a psychiatrist once every three weeks. I used to live in Ottawa. I saw a psychiatrist twice a week. There is a little bit of a difference here in Newfoundland, but I am from here.

I am in a program in Merchant House for which I had to wait six months to get an interview to be accepted into the program. I am glad to say I am in the program, but my counsellor has recommended that I go into group therapy, for which I am on two waiting lists. I am sixteenth on one list and she did not want to give me the number of the other list because it is much too long. She told me the program is supposed to last six months, but it ends up being two years or so because of the waiting lists.

I am going to go to my first CHANNAL meeting tonight and it has been very difficult. I have lost family and friends because they are afraid. The fear in this case is ignorance and I have to deal every day with suicidal thoughts, medication, therapy and psychiatrists. It is not an easy road. For those who choose the profession, I say God bless you, but again, I would do anything to have breast cancer over mental illness. I would do anything because I do not have to put up with the stigma. Thank you.

Quand j'ai dit à mon employeur que je souffrais d'une dépression, il a dit que je devais le prouver. J'ai dit que j'avais bien l'intention de le prouver. J'avais une lettre de mon psychiatre indiquant que je faisais une dépression. J'ai demandé s'il voulait voir dans mon sac, voir toutes les pilules que je dois prendre et dont j'ai à subir les effets.

Je dois aussi souffrir l'humiliation d'être regardée de haut et ça m'ennuie beaucoup; il est donc difficile pour moi d'être ici. Je me cache derrière mes cheveux quand une photo est prise parce que chaque jour, j'ai encore honte.

Je voulais dire que l'an dernier j'ai quitté mon travail en pleurs. Je suis commis au gouvernement mais dans mon travail, les êtres les plus vulnérables de la société me racontent les événements les plus traumatisants de leur vie, comme la perte de leur conjoint, le fait qu'ils sont invalides à vie ou n'ont pas les moyens d'acheter des médicaments. Je suis la seule personne qui les ait jamais écoutés. Je n'ai pas de formation. Je suis bilingue et j'ai un baccalauréat en arts, mais je ne suis pas travailleuse sociale et je ne savais pas comment faire face à cela. J'ai travaillé au gouvernement fédéral.

J'ai quitté mon emploi le 9 juillet. Je n'y suis pas retournée. Je suis en congé sans traitement pour une durée indéterminée. Chaque mois, je dois remplir un questionnaire pour prouver que je suis toujours malade mentale. J'ai dû implorer mon médecin traitant de me donner un rendez-vous avec un psychiatre. Je l'ai imploré, je l'ai supplié et voici ce qu'il m'a répondu : « Oui, eh bien, il traite 600 malades. Il se fait vieux et tu n'en as pas vraiment besoin. Contente-toi de prendre tes médicaments. » Je me suis levée et je lui ai dit : « Non, je veux voir un psychiatre. » Il a dit : « Très bien. » Je ne suis pas retournée le voir.

Je consulte un psychiatre une fois toutes les trois semaines. Avant, je vivais à Ottawa. Je consultais le psychiatre deux fois par semaine; c'est un peu différent ici, à Terre-Neuve, mais je viens d'ici.

Je suis inscrite à un programme à Merchant House; j'ai dû attendre six mois pour avoir une entrevue et être admise. Je suis heureuse de dire que je participe au programme, mais ma conseillère a recommandé que je fasse une thérapie de groupe; pour cela, je suis inscrite sur deux listes d'attente. Je suis la seizième sur une des listes et elle n'a pas voulu me dire quel était mon rang sur l'autre parce qu'elle est trop longue. Elle m'a dit que le programme était censé durer six mois, mais c'est en fait deux ans à cause de la longueur des listes d'attente.

Ce soir, je vais à ma première réunion de CHANNAL. Ça été très difficile. J'ai perdu des amis et des membres de ma famille parce qu'ils ont peur. Cette peur vient de leur ignorance et chaque jour, je dois faire face à la réalité des pensées suicidaires, des médicaments, de ma thérapie et des consultations psychiatriques. Ce n'est pas facile. À ceux qui ont choisi cette profession, je dis « Dieu vous bénisse », mais je le répète, je préférerais de loin avoir le cancer du sein plutôt qu'une maladie mentale. Je préférerais cela parce que je n'aurais pas à subir les préjugés. Merci.

The Chairman: Thank you for that. I should tell you and the other people here that almost all the members of the committee, certainly well over the majority, have someone in their family who has or has had a significant mental illness.

Helen, we are familiar with what you described as the face of the survivor and are sympathetic to what you have gone through. Thank you for taking the time to come and talk to us. It is very helpful.

Mr. Harold Dunne, as an individual: Yes, sir, I know what she is talking about because I am bipolar and manic depressive myself. I worked in Ontario 29 years and I lost my health, all my finances and everything because of mental illness. I had a five-year-old son who died of cancer and nine years ago, my father died, my uncle died and my aunt died, and I have not worked since. I spent over a year in the Waterford Hospital; three admissions. One time, I was there for nine months. I have had electric shock treatment and attempted suicide twice, but that was a cry for help. I knew what I was doing and I got the help that I needed. I could not get it in Ontario. I had to come to Newfoundland to get help. That Waterford Hospital is a wonderful place. I am not ashamed of my illness because I needed the help and I got it.

I would like to ask you, if, like the lady said, a \$1 million budget was given by Danny Williams to the province for mental health, then maybe you could go back to Ottawa and ask them if they could put a million dollars or a few more million dollars.

One thing nobody mentioned here today is suicides. In Labrador alone, as the man was saying from the reserve, there has been an awful lot of suicides of young people. This is not limited to Labrador, but happens in St. John's and all over the province from depression. There are also a lot of suicides in this province from those video lottery terminals and, as Mr. Fitzpatrick said, from overdoses with drugs and everything.

Four years ago, I was taken by the police from my apartment, brought to a hospital, left the hospital and taken to the prison, put in a cell, stripped down to my underwear and left waiting for a psychiatrist to come. Then I guess he came and saw the mess I was in. He assessed me and sent me to the Waterford Hospital. I am glad now that they have this new Short Stay Unit. I think it will make it a lot better for the other people that have to go through what I went through.

Ms. Deborah Jackman, as an individual: I am a psychiatric survivor, mental health consumer and one of the founding members of CHANNAL.

One of the points I want to make today is about volunteering and volunteerism. In terms of mental health, sometimes when we get back on our feet, depending on where we are in our healing, we might decide we want to get back into the workforce, so volunteering is a good way to do it. My fear is that volunteerism can be a way to reinforce stigmatization with mental health consumers. What I mean by that for persons with mental illness, the feeling seems to be, "Oh, give them disability," and in saying

Le président : Merci. Je dois vous dire à vous et aux autres personnes qui sont ici que la quasi-totalité, en tout cas la très grande majorité des membres du comité ont quelqu'un dans leur famille qui a ou a eu une maladie mentale importante.

Helen, nous sommes au courant de ce que vous décrivez comme le visage du survivant et nous compatissons à ce que vous avez traversé. Merci d'avoir pris le temps de venir et de nous parler. Cela nous aide beaucoup.

M. Harold Dunne, à titre personnel : Oui, sénateur, je sais de quoi elle parle parce que moi-même je suis bipolaire et maniaco-dépressif. J'ai travaillé en Ontario pendant 29 ans et j'y ai perdu ma santé, tout mon argent et tout le reste à cause de la maladie mentale. J'avais un fils de cinq ans qui est mort du cancer et, il y a neuf ans, mon père, mon oncle et ma tante sont morts. Je n'ai pas travaillé depuis. J'ai passé plus d'un an à l'hôpital Waterford : hospitalisé trois fois. Une fois, pendant neuf mois. J'ai reçu des électrochocs et essayé de me suicider deux fois, mais c'était un appel à l'aide. Je savais ce que je faisais et j'ai obtenu l'aide dont j'avais besoin. Je n'arrivais pas à l'obtenir en Ontario. Il a fallu que je vienne à Terre-Neuve pour la recevoir. L'hôpital de Waterford est un endroit merveilleux. Je n'ai pas honte de ma maladie, parce que j'avais besoin de cette aide et je l'ai eue.

Comme l'a dit la dame, si Danny Williams donnait à la province un million de dollars pour la santé mentale, vous pourriez peut-être alors demander à Ottawa de verser aussi un million ou quelques millions de dollars.

Personne n'a parlé de suicide aujourd'hui. Dans le seul Labrador, comme l'a dit le témoin de la réserve, il y a eu énormément de suicides chez les jeunes. Ce n'est pas un phénomène qui frappe seulement le Labrador : cela se produit aussi à St. John's et dans toute la province, à cause de la dépression. Il y a aussi dans cette province énormément de suicides liés à l'utilisation des appareils de loterie vidéo et, comme l'a dit M. Fitzpatrick, des surdoses de stupéfiants, entre autres.

Il y a quatre ans, les policiers m'ont sorti de mon appartement, m'ont amené à l'hôpital puis m'ont ensuite enfermé dans une cellule de la prison après m'avoir tout enlevé sauf mes sous-vêtements, et ils m'ont laissé là à attendre l'arrivée d'un psychiatre. Quand il est arrivé, il a constaté que j'étais mal en point. Il m'a évalué et m'a envoyé à l'hôpital Waterford. Je suis ravi qu'il y ait maintenant cette unité de soins de courte durée. Je crois que cela sera bien mieux pour ceux qui doivent vivre ce que j'ai vécu.

Mme Deborah Jackman, à titre personnel : Je m'appelle Deborah Jackman, survivante de troubles psychiatriques, consommatrice de services de santé mentale et l'une des membres fondatrices de CHANNAL.

Je veux aujourd'hui vous parler de bénévolat. Parfois, quand nous nous remettons de problèmes de santé mentale et si notre rétablissement est assez avancé, nous décidons de réintégrer le marché du travail et le bénévolat est une bonne façon de le faire. Ce que je crains, c'est que le bénévolat soit une façon d'accentuer la dévalorisation des consommateurs de services de santé mentale. J'entends par là que certains semblent dire en parlant des personnes atteintes de troubles mentaux : « donnez-leur une

that, not all people with mental health issues and mental illness get a disability pension. That is a struggle I am having still. I worry that we are seen as people who are defined by our illness: "Give them something to do and that will do them a world of good;" a pat on the back, kind of thing. However, I am a functioning person and I would like to get paid for my work. In the meantime, "We are trying to put this into place," will not do. If I cannot get paid, at least help me out a bit. I am somebody who continues to recover from agoraphobia. I used to be totally housebound. I still have phobias, anxiety, panic disorder, post-traumatic stress disorder and depression, but I want to work. I cannot emphasize enough that sometimes with the stress on volunteering, while I recognize that it can be a good thing, I fear that sometimes the government tends to use that so that they do not have to pay people. That is my thinking.

The other point I wanted to make pertains to consumer involvement and input in table discussions like this. I am glad Joan was here today to speak as a professional and consumer, but you are hearing from the professionals at the table who work in these fields and you are still not hearing enough from the consumers. We are not asked to go to the table. We are last. I do not like the idea that I am last. We are the last people. We have been here all day and I want to be a part of this table. I do not want to sit back there and just bite my tongue and wait for my turn.

In 1991, I went to the first conference with Women in Dialogue regarding mental illness issues. It was the first time that consumers were invited to the table, and I was one of those people. Unfortunately, we were just token consumers. I would like to see our role expanded and that we not remain token consumers. It is really good to hear the professionals. These people run these organizations and programs, such as the Short Stay Unit, for example. It is good, but I worry that maybe you do not want to hear from us because of our tears and our pain. We have experienced these things. Obviously, you do want to hear and I am glad that you are here, but I worry that we are not asked enough to come to these sorts of places and sit at the table.

The other comment I wanted to make is with regard to the Short Stay Unit. There needs to be some discussion here between the practitioners and the users or consumers of that new system that is now in place. I have had some experience of that system and while I can attest to a lot of the positive things about it, there are some negative things, too, that I experienced. It is hard for me to sit and listen to somebody say that a program is doing well when I know that I, along with other consumers, have had bad experiences and one, in particular, was with a nurse practitioner. While there, I witnessed verbal abuse and poor treatment of another female patient where I had to come out of my room, step in the middle and tell this person that he could not treat this patient like that. He told me to stay out of it; it was none of my

pension d'invalidité », mais ce ne sont pas toutes les personnes atteintes de troubles de santé mentale ou d'une maladie mentale qui obtiennent une pension d'invalidité. C'est pour moi une lutte de tous les jours. Cela m'inquiète de penser que les gens nous définissent selon notre maladie : « donnez-leur quelque chose à faire et cela leur fera le plus grand bien », une petite tape dans le dos, ce genre de chose. Mais, je suis une personne qui fonctionne normalement et j'aimerais que mon travail soit rémunéré. Il ne suffit pas de dire entre-temps « nous tentons de faire le nécessaire ». Si je ne peux pas être rémunérée, donnez-moi au moins un petit coup de pouce. J'essaie de me remettre de mon agoraphobie. Déjà, je ne pouvais pas du tout quitter la maison. Je souffre toujours de phobies, d'anxiété, de troubles paniques, du syndrome de stress post-traumatique et de dépression, mais je veux travailler. Je crains, et je ne saurais trop insister là-dessus, qu'en mettant l'accent sur le bénévolat, le gouvernement s'en serve comme prétexte pour ne pas payer les gens. Voilà ce que je pense.

Je voulais aussi parler de la participation des consommateurs et de leur contribution à des consultations comme celle-ci. Je suis heureuse que Joan ait pu être là aujourd'hui pour parler à titre de professionnelle et de consommatrice, mais je trouve que vous n'entendez pas suffisamment le point de vue des consommateurs même si vous entendez suffisamment les professionnels qui travaillent dans ces domaines. Nous ne sommes pas consultés. Nous sommes toujours les derniers à qui l'on pense. Je n'aime pas l'idée d'arriver en dernier. Nous sommes toujours les derniers. Nous sommes là depuis le début de la journée et je veux prendre place à cette table. Je ne veux pas rester assise là à ronger mon frein et à attendre mon tour.

En 1991, j'ai assisté à la première conférence Femmes-en-dialogue sur la maladie mentale. C'était la première fois que les consommateurs étaient invités à la table et j'étais parmi eux. Malheureusement, nous jouions le rôle de figurants. J'aimerais que notre rôle soit élargi et que nous ne fassions plus que de la figuration. C'est vraiment très bien d'écouter les professionnels. Ces gens dirigent les organisations et les programmes, dont l'unité de soins de courte durée. C'est une bonne chose, mais cela m'inquiète de penser que vous ne voulez pas nous entendre à cause de nos larmes et de notre détresse. Nous avons vécu ces choses. Manifestement, vous voulez nous écouter et je suis heureuse que vous soyez là, mais cela m'inquiète de voir que nous sommes rarement invités à participer à des consultations comme celle-ci.

L'autre commentaire que je tiens à faire concerne l'unité des soins de courte durée. Il faut que les praticiens et les usagers — ou les consommateurs — du nouveau système qui est maintenant en place en discutent. J'ai fait l'expérience de ce système et, bien que je puisse confirmer qu'il a du bon, j'ai aussi fait l'expérience de ses aspects négatifs. J'ai du mal à rester assise et à écouter quelqu'un dire que ce programme fonctionne bien quand je sais, comme d'autres consommateurs, que nous avons vécu des expériences très négatives dont une en particulier avec un infirmier praticien. Pendant mon séjour, j'ai été témoin de violence verbale et de mauvais traitements à l'égard d'une autre patiente : j'ai dû quitter ma chambre, m'interposer et dire à cet infirmier qu'il ne pouvait pas traiter une patiente de cette façon. Il m'a répondu de me mêler

business. I told him that it was my business because I am affected by this and it has something to do with my safety. Thankfully, the good thing out of this was that it was taken seriously. I reported it and it was taken seriously. I do not know the outcome, but it was brought to his attention. I thank those people on the inside who believed me and listened because when I think about the words "mental health," "compassion" and "care," they go together, right? If you are working in the mental health system, you have to care. You have to show people respect and dignity. This is something that I find is still missing.

The Chairman: Thank you, Deborah. Let me just say a couple of things.

You are right. Today, we did not hear from consumers until the end of the day. But in many of the places we have been across the country, we have frequently actually begun the first couple of hours with consumers or with family members of consumer. In fact, we have heard more from consumers than any other sort of federal-type group and as I said, the majority of us have a consumer in our reasonably immediate family.

The other point I want to make, and this is where you and people like you have been so helpful to us, is that when we put a short questionnaire on our website last November, we estimated we might get 75 or 100 responses. We had nearly 600 when we finally took it off. Our report will very much put a human face on the issue. Because of the time that people spent responding to our questionnaire, we will be able to associate very much human vignettes with each of the issues with which we are dealing. So the consumers and their families and caregivers have been extraordinary in terms of the information at times. Having read a lot of them, I could not believe the amount of time people took to tell us their stories. Frankly, our report will be infinitely better because of it.

Ms. Jackman: The other thing I wanted to mention that I forgot was about the stipend. I wanted to say when, as Joan said, we are given a stipend, it is our business what we do with it.

The Chairman: Of course.

Ms. Jackman: Somehow, people think that people on social assistance have to justify where their money is being spent, and it is nobody's business. I wanted to add that when I get a stipend, it goes towards food because I am on social assistance and I cannot afford to live. That needs to be addressed, how many mental health consumers live in poverty, right?

The Chairman: Absolutely.

de mes affaires. Je lui ai rétorqué que c'était mon affaire parce que cela me touchait et touchait à ma sécurité. Heureusement, l'incident a été pris au sérieux. Je l'ai dénoncé et j'ai été prise au sérieux. Je ne sais pas ce que cela a donné mais il en a été informé. Je remercie le personnel qui m'a crue et qui m'a écoutée parce que quand j'entends parler de « santé mentale », de « compassion » et de « soins », je me dis que tout cela forme un tout, n'est-ce pas? Ceux qui travaillent dans le système de santé mentale doivent être compatissants. Ils doivent traiter les gens avec respect et dignité. Je constate que c'est toujours une lacune.

Le président : Merci, Deborah. Permettez-moi de faire quelques observations.

Vous avez raison. Aujourd'hui nous n'avons pas entendu les consommateurs avant la fin de la journée. Mais, dans de nombreuses autres localités du pays que nous avons visitées, nous avons souvent réservé les premières heures de séance aux consommateurs et aux membres de la familles des consommateurs. D'ailleurs, nous avons entendu davantage de consommateurs que tout autre témoin représentant un organisme fédéral et comme je l'ai dit, beaucoup d'entre nous comptent un consommateur dans leur famille plus ou moins immédiate.

Je tenais à vous signaler que vous et les gens comme vous avez fait une contribution très utile à nos travaux en répondant au court questionnaire que nous avons affiché sur notre site Web en novembre dernier. Nous nous attendions à recevoir entre 75 et 100 réponses. Nous en avons reçu près de 600 avant de retirer le questionnaire. Dans notre rapport, nous donnerons très certainement un visage humain à toute cette question. Étant donné le temps que les gens ont mis à répondre à notre questionnaire, nous serons en mesure d'associer des récits très personnels à chacun des enjeux que nous examinons. Ainsi, les consommateurs, leur famille et leurs soignants ont été pour nous d'extraordinaires sources d'information. Après avoir lu les réponses d'un grand nombre de questionnaires, j'ai toujours du mal à croire que les gens ont mis tant de temps pour nous raconter leur histoire. Je crois bien franchement que notre rapport ne peut qu'en être meilleur.

Mme Jackman : J'ai oublié de parler de l'indemnité. Je tenais à préciser, comme Joan l'a dit, que quand nous recevons une indemnité, ce que nous en faisons ne regarde que nous.

Le président : Bien sûr.

Mme Jackman : Les gens croient que les prestataires de l'aide sociale doivent justifier l'usage qu'ils font de l'argent, mais ce n'est l'affaire de personne. Je tenais à ajouter que quand je reçois une indemnité, je m'en sers pour acheter de la nourriture parce que je reçois de l'aide sociale et que cela ne me permet pas de vivre décemment. Il faut aussi corriger cette situation qui fait que de nombreux consommateurs de services de santé mentale vivent dans la pauvreté, n'est-ce pas?

Le président : Tout à fait.

Mr. Robert J. Ryan, as an individual: Thank you for the privilege of appearing before you, particularly given my late notice. I have been retired for about a decade. I live on disability. That is a physical disability.

I spent a huge amount of time researching an extraordinary intersection, one in which you have been innately involved for some time now. This would be the intersection of psychiatry, psychopharmacology, the law and, in particular, within the law itself, constitutional law, human rights law, employment law and labour law. It is the law that I particularly want to address here today. I will give some history about it and I hope you will be patient with me.

Some 300 years ago, before the trial of the witches of Salem, Lord Coke wrote, “’Tis the worst form of injustice, ’tis the worst form of oppression, that which is given the colour of justice.” That was 300 years ago. In 1910, the English Court of Appeal wrote a decision called *Young v. Toynbee*. A former law professor in the country, who would probably smile if she heard me speak these words, once reviewed *Young v. Toynbee*. The court case is cited as 1 KB, 1910, English Court of Appeal. I do not have the page number. My memory is a little off. That 1910 decision, according to that Canadian law professor, who has moved on, stands for the proposition that a solicitor who takes the case of a client with a serious psychiatric disability does so at the solicitor’s peril. That case has cast a chilling spell over the legal profession for most of the last 100 years.

If we review the legal jurisprudence in this country over the last century, we will discover a paucity of cases at the highest levels of provincial courts and even a worse paucity at the Supreme Court of Canada level of people who are plaintiffs or complainants who are persons in civil cases with serious mental disabilities. I separate serious mental disabilities from people with drug addictions. I am talking about persons who are afflicted with bipolar disorder, approximately 1.2 per cent of the population, notwithstanding the appearance by the pharmaceutical companies. They managed to discover another four per cent of the population recently when they did their own cooked-up surveys. I am talking about persons with schizophrenia, another one per cent of the population, and I am talking about persons with unipolar depression, making up nearly five per cent of the population.

We are talking about the most vulnerable people in society. We are talking about suicide rates for people with bipolar disorder, a.k.a. manic depression, that run from 15 to 20 per cent suicides, and that run 25 to 50 per cent attempted suicides. I was pleased to see Dr. Kay Jamieson on CNN the night before last. She wrote this book, *An Unquiet Mind*, in which she talks about suicide prevalence amongst people with bipolar disorder. The suicide prevalence amongst people with schizophrenia is in excess of 10 per cent, and we know that the suicide rates for people with unipolar depression is far in excess of what is considered to be normal. If we were talking about any other class of citizens in this

M. Robert Ryan, à titre personnel : Je vous remercie du privilège que vous m’accordez de comparaître devant vous malgré le bref préavis que j’ai donné. Je suis à la retraite depuis environ dix ans. Je reçois une pension d’invalidité. J’ai un handicap physique.

J’ai consacré énormément de temps à faire des recherches sur une jonction extraordinaire, une jonction à laquelle vous vous intéressez vous-mêmes depuis quelque temps déjà. Je veux parler de la jonction entre la psychiatrie, la psychopharmacologie et le droit, plus particulièrement le droit constitutionnel et le droit du travail. Je veux aujourd’hui vous parler plus particulièrement du droit. Je vais vous présenter un historique et je fais appel à votre patience.

Il y a de cela quelque 300 ans, avant le procès des sorcières à Salem, lord Coke a écrit : « La pire forme d’injustice, la pire forme d’oppression, est celle à laquelle on donne une apparence de justice. » C’était il y a 300 ans. En 1910, la Cour d’appel britannique a rendu une décision dans l’affaire *Young c. Toynbee*. Une ancienne professeure de droit, qui sourirait sans doute si elle m’entendait prononcer ces mots, a examiné l’affaire *Young c. Toynbee*. La citation de l’arrêt est « 1 KB, 1910, English Court of Appeal ». Je n’ai pas le numéro de la page. Ma mémoire est quelque peu défaillante. Selon cette professeure de droit canadien, qui est rendu ailleurs, cet arrêt de 1910 appuie la thèse selon laquelle un avocat qui défend la cause d’un client atteint d’une sérieuse incapacité psychiatrique le fait à ses risques et périls. Depuis près de 100 ans maintenant, cet arrêt refroidit sérieusement les ardeurs des membres du Barreau.

Un examen de la jurisprudence des 100 dernières années dans ce pays permet de constater qu’il y a très peu de causes civiles soumises aux plus hautes instances des tribunaux provinciaux et encore moins à la Cour suprême du Canada pour lesquelles les demandeurs ou les plaignants sont des personnes atteintes de troubles mentaux graves. Je fais une distinction entre les troubles mentaux graves et les toxicomanies. Je veux parler de personnes atteintes de trouble bipolaire, soit environ 1,2 p. 100 de la population, malgré ce qu’en disent les compagnies pharmaceutiques. Elles ont réussi à en dénicher 4 p. 100 de plus dans la population récemment quand elles ont fait leurs propres sondages biaisés. Je veux parler des personnes atteintes de schizophrénie, qui représentent 1 p. 100 de la population, et des personnes atteintes de trouble unipolaire, c’est-à-dire de dépression, qui comptent pour près de 5 p. 100 de la population.

Nous parlons des gens les plus vulnérables de notre société. Chez les personnes atteintes de trouble bipolaire, aussi appelé psychose maniaco-dépressive, le taux de suicide oscille entre 15 et 20 p. 100 et les tentatives de suicide, entre 20 et 50 p. 100. J’ai été ravi de voir avant hier soir sur CNN qu’on interviewait la Dre Kay Jamieson. Elle a écrit un livre intitulé *An Unquiet Mind* dans lequel elle traite de la prévalence du suicide chez les gens atteints de trouble bipolaire. La prévalence du suicide chez les gens atteints de schizophrénie dépasse les 10 p. 100 et nous savons que le taux de suicide chez les gens atteints de trouble unipolaire dépasse de beaucoup le pourcentage jugé normal. S’il

country, we would say, "This is an epidemic. What are we not doing? What have we been doing wrong?" However, it is persons with serious mental disabilities.

What has been done other than what Michael Perlin refers to as the "hortatory law" — H-O-R-T-A-T-O-R-Y from the Latin word *hora*, by the hour. That hour occurred in 1982 when our Parliament passed the Charter of Rights and Freedoms and, under section 15(1), afforded special protection to persons with serious mental disabilities. In that hour, there was a semblance of concern and recognition that this vulnerable class of citizens, these members of a discrete and insular society, needed special protection. That lasted about an hour. In 1985, section 15 of the charter was proclaimed law, because, of course, the employers needed three years to get their acts together. What happened between 1985 and the present in terms of how many people have appeared who have been represented by lawyers in front of the Supreme Court of Canada or Court of Appeals in the various jurisdictions across this country, or even at human rights tribunals, alleging that they have been discriminated against on the basis of mental disability? You may need a microscope to measure them. It will be a very small number. Why are they not represented? Where are the lawyers?

A couple of years ago, I asked Michael Perlin, a law professor at New York University, the author of 13 books on mental disability law and 175 articles on mental disability law. I asked him to do some research for me in a couple of areas. I could not understand what was going on. Professor Perlin wrote this book. It is called, *The Hidden Prejudice: Mental Disability on Trial*. It is a brilliant book written in the year 2000. *Hollow Promises*, written by Susan Stefan, is another brilliant book that talks about the impact on people with mental disabilities from a United States perspective.

We are not 20 years behind in this province. We are a century behind. It is appalling what goes on in this province in terms of persons with mental disabilities. It is not simply a matter of being shunned and set to one side.

I appreciate the fact that you have come here today. We have had commissions of inquiry coming here since at least — and I refer, Senator Cook, to your book there. If you were to go to page 249 of the book in front of you, I will read to you, if I may. This is a book, *Out of Mind, Out of Sight: A History of the Waterford Hospital*.

In October 1948, at the invitation of the Commission Government, the Canadian National Committee for Mental Hygiene, under its director, Clarence M. Hicks, and its secretary, Marjorie Keyes, conducted a three-week survey of the Hospital for Mental/Nervous Diseases and The Colony's Mental Health Services.

s'agissait de toute autre catégorie de citoyens de ce pays, nous dirions : « C'est une épidémie. Que faudrait-il faire de plus? Qu'est-ce qui ne va pas? » Or, il s'agit plutôt de personnes atteintes de troubles mentaux graves.

Qu'a-t-on fait sinon ce que Michael Perlin appelle le « droit horaire », du mot latin *hora*, à l'heure. Cette heure remonte à 1982, quand le Parlement a adopté la Charte canadienne des droits et libertés et a garanti au paragraphe 15(1) une protection spéciale aux personnes atteintes de troubles mentaux graves. Pendant cette heure-là, on a fait mine de se préoccuper de cette classe de citoyens vulnérables, de ces membres d'une société discrète et insulaire, et on a reconnu qu'elle devait bénéficier d'une protection spéciale. Ce souci a duré une heure. En 1985, l'article 15 de la Charte a été proclamé parce que, bien entendu, il fallait donner aux employeurs trois ans pour prendre les dispositions nécessaires. Entre 1985 et aujourd'hui, combien de personnes, représentées par un avocat, ont comparu devant la Cour suprême du Canada ou devant la cour d'appel des diverses administrations de ce pays, ou même devant un tribunal des droits de la personne, alléguant avoir fait l'objet de discrimination en raison de leur incapacité mentale? Il vous faudra peut-être un microscope pour trouver la réponse. Le nombre sera infime. Pourquoi ces personnes ne sont-elles pas représentées? Où sont les avocats?

Il y a quelques années, j'ai fait une demande à Michael Perlin, professeur de droit à l'Université de New York, et auteur de 13 ouvrages juridiques sur les déficiences mentales et de 175 articles sur le même sujet. Je lui ai demandé de faire de la recherche pour moi dans quelques domaines. Je ne pouvais pas comprendre ce qui se passait. Le professeur Perlin a écrit ce livre. Il s'intitule *The Hidden Prejudice: Mental Disability on Trial*. C'est un excellent livre qui a été écrit en 2000. *Hollow Promises*, écrit par Susan Stefan, est un autre excellent livre qui porte sur les conséquences des troubles mentaux pour les gens, dans la perspective des États-Unis.

Nous ne sommes pas 20 ans en arrière dans cette province. Nous sommes 100 ans en arrière. Ce qui se passe dans cette province avec les personnes souffrant de troubles mentaux est épouvantable. Ce n'est pas simplement une question d'isolement et d'abandon.

Je vous suis reconnaissant d'être venus ici aujourd'hui. Nous avons reçu des commissions d'enquête ici depuis au moins... et je fais référence, Le sénateur Cook, à votre livre là-bas. Ouvrez le livre que vous avez devant vous à la page 249, je vais lire un extrait, si vous me le permettez. Le livre s'intitule *Out of Mind, Out of Sight: A History of the Waterford Hospital*.

En octobre 1948, à la demande de la Commission de gouvernement, le Comité national d'hygiène mentale du Canada, sous la direction de Clarence M. Hincks aidé de la secrétaire Marjorie Keyes, a effectué une enquête de trois semaines sur l'hôpital dans le domaine des maladies mentales et des troubles nerveux ainsi que sur les services de santé mentale de la colonie [*Traduction*].

Then on page 251, here are the recommendations they made after visiting The Colony for three weeks: "The use of jails should be discontinued."

Well, the use of jails was discontinued. We no longer use the lock-up. It only took 55 years. That was reported on Sunday, December 7, 2003, in the *Evening Telegram*, how we had finally got around to building this replacement for the lock up. We cannot afford another 55 years. There are too many lives at stakes, there are too many families being destroyed. There are too many people who want to make contributions to society who are not able to do it, not because they cannot. These persons with mental disabilities are persons. They are full persons. They enjoy personhood. They have the right to equality. They have the right to psychological integrity, the right to dignity and the right to inclusion. They have all the constitutional rights that everybody else has.

To give you an idea how scary this is when you bring it into perspective, I have been present when a high-ranking administrative official in this province's mental health care system said to me in front of somebody that I had brought into the hospital for treatment, "As long as this person has these outstanding legal issues, it is unlikely," he said, "that any psychiatrist in this jurisdiction will take him as a patient."

I want to talk about some things which we can do, perhaps, to slow down some things and change things. We have to do it at all levels of society; every strata. We have to start with children who are most influenced at the ages of four, five, six, seven. We have to teach children the importance of the other "R" besides reading, writing and arithmetic: respect. We need to start teaching children at the earliest ages about ethics, morality and human dignity. Children are ready to learn about that. They are ready to learn about inclusion and respect. They know it instinctively, better than us fools.

At the university level, there is only one university in this entire country, and that is St. Thomas University in Fredericton, that offers a degree program in the field of human rights. The university in this province, Memorial University, does not offer a single course exclusively dedicated to domestic human rights.

Oh, yes, you have your hands full. That is without getting into the influence of multinational pharmaceutical companies in determining what drugs we will use as chemical straitjackets and chemical sledgehammers on people that are not a whole lot different than sticking a spike in your eye socket and separating your frontal lobes, a problem for which not a single person in Newfoundland was ever compensated a single penny. I could show this committee somebody right now and you will see the star on the head. Lives were destroyed under the guise of medicine. Oh, yes, Lord Coke was right.

Ms. Jackman: I forgot to mention one thing. There was no talk today about mental illness and the connection to childhood trauma, poverty, neglect and those things. They were not brought

Ensuite, à la page 251, vous avez les recommandations faites par le comité après avoir passé trois semaines de la colonie : « Il faudrait mettre fin à l'utilisation des prisons. »

Eh bien, on a arrêté de se servir des prisons. Nous ne nous servons plus de l'isolement cellulaire. Cela n'a pris que 55 ans. Le 7 décembre 2003, un dimanche, un reporter du *Evening Telegram* a écrit que nous avions finalement réussi à mettre en place quelque chose pour remplacer l'isolement cellulaire. Nous ne pouvons pas nous permettre d'attendre encore 55 ans. Trop de vies sont en jeu. Trop de familles sont en train d'être détruites. Il y a trop de gens qui veulent contribuer à la société et qui ne peuvent pas le faire, mais ce n'est pas parce qu'ils en sont incapables. Les personnes atteintes de troubles mentaux sont des personnes à part entière. Elles jouissent d'une identité individuelle. Elles ont le droit à l'égalité. Elles ont le droit à l'intégrité psychologique, le droit à la dignité et le droit d'être incluses. Elles bénéficient des mêmes droits constitutionnels que nous tous.

Pour vous dire jusqu'à quel point la situation est effrayante lorsqu'on la met en perspective, je me suis déjà fait dire par un fonctionnaire haut placé dans l'administration du système de santé de la province, en présence de quelqu'un que j'avais amené à l'hôpital pour se faire traiter, que « tant que les problèmes juridiques de cette personne n'auront pas été réglés, il est peu probable qu'un psychiatre d'ici l'accepte comme patient. »

Je veux vous parler de certaines choses que nous pouvons faire, peut-être, pour ralentir et changer les choses. Nous devons le faire dans tous les segments de la société, dans toutes les couches. Il faut commencer avec les enfants, qui sont le plus influençables à l'âge de 4, 5, 6 et 7 ans. En plus d'apprendre à lire, à écrire et à compter, les enfants doivent également apprendre l'importance du respect. Le plus tôt possible, il faut commencer à enseigner aux enfants l'importance des questions d'éthique, de moralité et de dignité humaine. Les enfants sont capables d'apprendre ces choses. Ils sont capables d'apprendre l'importance de l'inclusion et du respect. Ils savent de façon instinctive, mieux que les sots que nous sommes.

Il n'y a qu'une seule université au pays, l'Université St. Thomas à Fredericton, qui offre un baccalauréat dans le domaine des droits humains. L'université de notre province, l'Université Memorial, n'offre pas un seul cours qui porte exclusivement sur les droits humains au pays.

Eh oui, vous avez plein les bras. Et c'est sans parler de l'influence qu'exercent les multinationales pharmaceutiques dans le choix des médicaments qui seront utilisés comme camisole de force et masse chimique sur ces gens. Il n'y a pas beaucoup de différence entre cela et les perforateurs que l'on a mis dans l'orbite des gens pour séparer les lobes frontaux, un problème pour lequel personne à Terre-Neuve n'a jamais reçu un sou en guise de compensation. Je pourrais vous montrer quelqu'un et vous verriez la cicatrice sur la tête. On a détruit des vies au nom de la médecine. Oh oui, Lord Coke avait raison.

Mme Jackman : J'ai oublié de mentionner quelque chose. Personne aujourd'hui n'a parlé des maladies mentales et le lien avec les traumatismes subis pendant l'enfance, la pauvreté, la

to the table and I think that they are really important, too. Not all mental illnesses are just a disease. They can develop, as in my case, from environmental causes.

The Chairman: We actually spent a lot of time on that issue. In fact, we spent an eight-hour day just dealing with that issue and the importance of early intervention, childhood development and a lot of things.

Senator Trenholme Counsell: Thank you all for coming. It is very important and it is courageous. You are doing the right thing. I think this committee has made a big effort and I, too, apologize for you being last today.

Helen and Deborah, you both used the word "consumer." My colleagues know that I do not like that word.

Ms. Jackman: I do not like it either.

Senator Trenholme Counsell: Maybe I have to come around to it. I wanted to ask you about the word. I wanted to say to you, Helen, that someone with breast cancer would never use the word "consumer." The person would say, or I might one day have to say, "I am a breast cancer patient."

Mr. Dunne: Survivor.

Senator Trenholme Counsell: Or survivor.

Ms. Jackman: Yes.

Senator Trenholme Counsell: I wonder about the word. You both used it freely. Deborah used it several times and Helen used it at least once. Do you accept the word? Do you like it? Do you think it is the right word?

Ms. Jackman: I do not think it is the right word. I do not like it. When we started in 1989, we had the word "user" and it sounded too much like a user of the system. Then we came up with "consumer." We hemmed and hawed about it and we were left with "consumer."

Ms. Jackman: I do not like the word "consumer."

Senator Trenholme Counsell: Who came up with the word?

Ms. Jackman: From my understanding, a group in Alberta started up their own consumer project and it started there. And when we started doing this, it was within CHANNAL that we decided to call it "consumers". We could not really come up with anything else. What do we call ourselves, right? But I would like to see that changed, too.

Senator Trenholme Counsell: I am a family physician and I think we are talking about health and wellness, or not being healthy today or for our whole lives or whatever. Maybe you are not healthy for one day or maybe you have a problem that you

négligence, et ainsi de suite. Ces questions n'ont pas été soulevées autour de la table, et je crois qu'elles sont très importantes aussi. Tous les troubles mentaux ne sont pas seulement des maladies. Ils peuvent être déclenchés par des causes environnementales, comme dans mon cas.

Le président : En fait, nous avons consacré énormément de temps à cette question. Nous avons consacré huit heures à discuter précisément de cette question et de l'importance de l'intervention précoce, du développement des enfants, et de bien d'autres choses.

Le sénateur Trenholme Counsell : Merci à tout le monde d'être venu. C'est très important et très courageux. Vous faites la bonne chose. Je crois que ce comité a fait un grand effort, et je suis désolée, moi aussi, que vous passiez en dernier aujourd'hui.

Helen et Deborah, vous avez toutes les deux employé le mot « consommateur ». Mes collègues savent que je n'aime pas ce mot.

Mme Jackman : Je ne l'aime pas non plus.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je serai peut-être obligée de l'accepter. Je voulais vous parler de ce mot. Je voulais vous dire, Helen, que quelqu'un qui a un cancer du sein n'utiliserait jamais le mot « consommateur ». Cette personne dirait, ou un jour je serai moi-même obligée de dire : « Je suis atteinte d'un cancer du sein ».

M. Dunne : J'ai vaincu le cancer.

Le sénateur Trenholme Counsell : Ou j'ai vaincu le cancer.

Mme Jackman : Oui.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je me pose des questions à propos de ce mot. Vous l'avez toutes les deux utilisé spontanément. Deborah l'a utilisé à plusieurs reprises, et Helen l'a utilisé au moins une fois. Acceptez-vous ce mot? L'aimez-vous? Croyez-vous que c'est le bon mot?

Mme Jackman : À mon avis, ce n'est pas le bon mot. Je ne l'aime pas. Lorsque nous avons commencé en 1989, nous employions le mot « utilisateur » et on avait l'impression que quelqu'un utilisait un système. Ensuite nous avons adopté le mot « consommateur ». Nous avons beaucoup hésité, et nous sommes restés avec le mot « consommateur ».

Mme Jackman : Je n'aime pas le mot « consommateur ».

Le sénateur Trenholme Counsell : Qui a choisi ce mot?

Mme Jackman : D'après ce que je comprends, un groupe en Alberta a lancé son propre projet pour les consommateurs et tout a commencé là. Et lorsque nous avons commencé, c'était au sein de CHANNAL que nous avons décidé d'utiliser le mot « consommateur ». Nous n'avons pas réussi à trouver autre chose. Comment nous identifier? J'aimerais aussi qu'on emploie un autre mot.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je suis médecin de famille, et je crois que nous parlons de santé et de bien-être, ou de ne pas être en santé aujourd'hui, ou pour toute une vie, ou peu importe. Peut-être que vous n'êtes pas bien pendant une journée,

will have to work with all your life. However, what is wrong with “patient”? Is there something wrong with it?

Ms. Forristall: “Mental health patient”? It is hard for me to bring myself to say it.

Senator Trenholme Counsell: Do you like the word “consumer”, Helen?

Ms. Forristall: “Consumer” is better to me because it sounds better. A mental health patient brings up terrible images for me and I do not like it.

Ms. Jackman: Yes.

Senator Trenholme Counsell: We have a split here.

Ms. Jackman: No, I feel the same way as you do about “patient.”

Senator Trenholme Counsell: Well, if you were to think up a word, and you must have thought about it a lot, what word would you suggest?

Ms. Jackman: When I think about myself, I consider myself a client.

Ms. Forristall: “Client”?

Ms. Jackman: How do you sum up a person seeking help from the mental health system? We are trying to find the word for that, right?

The Chairman: We are always interested in getting views on that because it is an issue that we have had.

Ms. Forristall: I would like to be known as a human being.

Ms. Jackman: Yes.

Mr. Dunne: Yes.

Senator Trenholme Counsell: When I think of “consumer,” I think of *Consumer Magazine*, which is one that comes to mind, does it not?

Ms. Jackman: I know, yes.

Ms. Forristall: Yes.

Senator Trenholme Counsell: We talk about consumerism all the time, where you think of Wal-Mart, Frenchy’s or Whole Brand Foods or whatever you think of.

Ms. Forristall: I would like to know what my ex-co-workers say because when they see me in the grocery store, they turn the other way, so, obviously, “mental health patient” really carries a stigma.

Ms. Jackman: Yes, yes, it does.

Ms. Forristall: I would like to be known as Helen and I would like to be known as a human being, yes.

ou peut-être que vous avez un problème sur lequel vous devrez travailler toute votre vie. Mais quel est le problème avec le mot « patient »? Y a-t-il un problème avec ce mot-là?

Mme Forristall : « Patient en santé mentale »? Ce n’est pas facile pour moi de dire ça.

Le sénateur Trenholme Counsell : Aimez-vous le mot « consommateur », Helen?

Mme Forristall : Je préfère le mot « consommateur », parce que ça sonne mieux. Un patient en santé mentale évoque d’horribles images pour moi, et je n’aime pas ça.

Mme Jackman : Oui.

Le sénateur Trenholme Counsell : Nous sommes divisés ici.

Mme Jackman : Non, je suis d’accord avec vous à propos du mot « patient ».

Le sénateur Trenholme Counsell : Eh bien, si vous deviez trouver un mot, et j’imagine que vous avez beaucoup réfléchi à cela, quel mot proposeriez-vous?

Mme Jackman : Lorsque je pense à moi-même, je me considère comme une cliente.

Mme Forristall : Une cliente?

Mme Jackman : Comment peut-on résumer la situation d’une personne qui cherche à se faire aider par le système de santé mentale? Nous cherchons un mot pour cette réalité, n’est ce pas?

Le président : Nous voulons toujours entendre des opinions à ce sujet, parce que c’est une question qui a déjà été soulevée.

Mme Forristall : J’aimerais qu’on me considère comme un être humain.

Mme Jackman : Oui.

M. Dunne : Oui.

Le sénateur Trenholme Counsell : Pour moi, le mot « consommateur » évoque la revue *Consumer Magazine*, qui est très connue, n’est-ce pas?

Mme Jackman : Je le sais, oui.

Mme Forristall : Oui.

Le sénateur Trenholme Counsell : On parle de consommation tout le temps, lorsqu’on pense à Wal-Mart ou à d’autres grandes chaînes de magasins.

Mme Forristall : J’aimerais savoir ce que mes anciens collègues disent, car quand ils me voient à l’épicerie, ils changent de direction; de toute évidence, « un patient en santé mentale » est vraiment méprisé.

Mme Jackman : Oui, oui.

Mme Forristall : J’aimerais qu’on m’appelle Helen, et j’aimerais que l’on me considère comme un être humain; voilà tout.

Senator Trenholme Counsell: Do you think we could make such progress in society that to be a mental health patient will be the same as to be a diabetic patient or a breast cancer patient?

Ms. Forristall: I hope so.

Senator Trenholme Counsell: You do not think so?

Ms. Forristall: I do not think so, not in my lifetime.

Ms. Jackman: Attitudes have to change. The label or terminology itself is not so much the issue as it is that attitudes need changing.

The Chairman: Yes, exactly. We have to do something.

Thank you all for coming today. We very much appreciate it.

The committee adjourned.

ST. JOHN'S, Wednesday, June 15, 2005

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 9:02 a.m. to examine issues concerning mental health and mental illness.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the chair.

[*English*]

The Chairman: I would like to thank everyone for being here today. For our first pair of witnesses this morning we have Mary Bungay-Gaultois, who is with Roots of Empathy. Ms. Bungay-Gaultois, we have heard about your organization in various parts of the country. Dr. Kellie LeDrew is Clinical Director with the Newfoundland and Labrador Early Psychosis Program.

Ms. Mary Bungay-Gaultois, Trainer and Mentor, Roots of Empathy: Honourable senators, I am pleased to be here today as a non-expert witness. Being invited to bring the work of my associates to this committee is indeed an honour, and I thank you for this opportunity.

I consider myself to be a social educator, and in the past 18 years my life's work has been with young people, supporting them through the process of getting a high school diploma, moving to employment and keeping employment, and moving on to post-secondary training. While this may not seem to be challenging work on one level — it is, after all, the usual processes that young people go through, — what I am involved with is young people who face an array of social and emotional barriers as they make life-changing transitions.

My background is in alternate school environment and youth programming and that is where I have experienced, first-hand, the needs of so many young people that I come in contact with. In helping young people make that transition through those milestones, I have discovered that it takes a whole range of

Le sénateur Trenholme Counsell : Pensez-vous que nous pourrions faire des progrès tels au sein de la société qu'un patient en santé mentale serait traité de la même façon que quelqu'un qui est diabétique ou qui a eu un cancer du sein?

Mme Forristall : J'espère que oui.

Le sénateur Trenholme Counsell : Vous ne le pensez pas?

Mme Forristall : Non, pas de mon vivant.

Mme Jackman : La mentalité doit changer. L'étiquette ou la terminologie en soi n'est pas le problème, c'est la mentalité qui doit changer.

Le président : Oui, exactement. Il faut faire quelque chose.

Merci à tout le monde d'être venu. Nous vous en sommes reconnaissants.

La séance est levée.

ST. JOHN'S, le mercredi 15 juin 2005

Le Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 9 h 02 pour faire l'étude de questions concernant la santé et la maladie mentale.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président : Je tiens à vous remercier d'être venus nous rencontrer aujourd'hui. Le premier témoin que nous entendrons ce matin sera Mary Bungay-Gaultois, de l'organisme Racines de l'empathie. Madame Bungay-Gaultois, nous avons entendu parler de votre organisme dans de nombreuses régions du pays. Ensuite, nous céderons la parole à Dre Kellie LeDrew, directrice des Services cliniques, Newfoundland and Labrador Early Psychosis Program.

Mme Mary Bungay-Gaultois, monitrice et mentor, Racines de l'empathie : Honorables sénateurs, je suis ravie de venir vous parler à titre de témoin profane. C'est un honneur d'avoir l'occasion de vous faire connaître le travail de mon organisme, et je vous remercie de cette invitation.

Je me considère comme une éducatrice sociale. Au cours des 18 dernières années, j'ai travaillé auprès de jeunes, en leur apportant mon appui pour les aider à terminer leurs études secondaires, à se trouver et à conserver un emploi et à poursuivre des études postsecondaires. Dans une certaine mesure, cette mission peut sembler banale car il ne s'agit que des étapes habituelles de la vie des jeunes. Toutefois, je travaille auprès d'adolescents qui sont confrontés à toute une série d'obstacles sociaux et émotionnels pendant cette période déterminante de transition.

J'ai travaillé pour des écoles alternatives et des programmes destinés aux jeunes. Grâce à ces antécédents, j'ai constaté personnellement les besoins qu'éprouvaient un très grand nombre des adolescents que j'ai rencontrés. En aidant ces jeunes à franchir ces jalons importants, j'ai découvert que je devais

supports and services to conduct that process. Sometimes I feel like the conductor of an orchestra because it takes so many people working in concert to make things happen.

Currently, I work for the Community Youth Network, which is a community-based, not-for-profit corporation and it is organized to bring an array of service to youth ages 12 to 18; primarily youth at risk or living in poverty. In my role as project coordinator, I was responsible, to some degree, for then bringing the Roots of Empathy program to Newfoundland, and it is to that program that I would really like to address my comments.

First of all, I would put in some context the importance of prevention and early intervention programs and what research is now showing us as to why that is an important and appropriate strategy. We know that a growing segment of school age children experience, or are at risk of, psychological and behavioural problems that interfere with their interpersonal relationships, successful school performance and their potential to become productive, contributing citizens. Reports suggest that approximately one in five children experience mental health problems enough to warrant the help of mental health services.

Intervention and prevention programs to promote children's social competence and reduce aggression have grown progressively in the United States and Canada. The past few years have seen a convergence of evidence supporting the need for early intervention via the school-based programs designed to ward off the upscale aggressive behaviours that children experience. Schools have been identified as the context that can play a critical role in fostering children's mental health.

Within the context of those opening remarks, then, I would like to introduce you to the Roots of Empathy program and its founder, a fellow Newfoundlander, Mary Gordon, who I am sure would love to be here today. It is possible that you will have the opportunity to hear from Mary Gordon at some other point. Since its inception five years ago in two Toronto classrooms, Roots of Empathy has grown to 2,500 classrooms, has spread the width of Canada and has also made its presence felt in Japan and New Zealand.

The three key goals of the Roots of Empathy program are to: 1) develop social and emotional understanding in children, 2) promote children's pro-social behaviours and decrease aggression and 3) to increase children's knowledge about healthy, normal development and the parenting process. There is, of course, a curriculum that has been designed around those goals that is appropriate for each grade level.

At the heart of this program is an infant and a parent or parents who visit the classroom on a monthly basis. Through this process the infant, in real terms, becomes the teacher. Children in

pouvoir compter sur une série d'appuis et de services pour faire mon travail. Parfois, j'ai l'impression d'être chef d'orchestre car un très grand nombre de personnes doivent travailler de concert pour que nous obtenions des résultats.

À l'heure actuelle, je travaille pour le Community Youth Network, un organisme communautaire à but non lucratif qui offre un éventail de services à des jeunes de 12 à 18 ans, surtout des adolescents qui sont considérés comme étant à risque ou qui sont démunis. Comme coordinatrice de projet, j'ai participé à l'implantation du programme Racines de l'empathie à Terre-Neuve. Mes remarques porteront sur ce programme.

Je tiens d'abord à vous expliquer en quoi les programmes de prévention et d'intervention précoces revêtent une importance particulière, les résultats de recherches nous ayant démontré que cette stratégie était à la fois importante et adéquate. En effet, nous savons qu'une proportion croissante d'enfants d'âge scolaire sont touchés, ou risquent de l'être, par des problèmes psychologiques et comportementaux qui nuisent à leurs relations interpersonnelles et à leurs résultats scolaires tout en réduisant leur chance de devenir des citoyens productifs qui contribuent à la société. Selon certains rapports, près d'un enfant sur cinq est aux prises avec des problèmes de santé mentale qui nécessitent l'intervention de services spécialisés.

Les programmes d'intervention et de prévention qui renforcent les compétences sociales des enfants et qui réduisent l'agressivité sont de plus en plus répandus aux États-Unis et au Canada. Depuis quelques années, de plus en plus de données scientifiques confirment l'utilité d'une intervention précoce par l'entremise de programmes scolaires qui freinent l'escalade des comportements agressifs auxquels les enfants sont confrontés. Selon ces données, les écoles sont le milieu le plus susceptible d'avoir une influence favorable déterminante pour la santé mentale des enfants.

Cela étant dit, je veux vous présenter notre programme, Racines de l'empathie, de même que sa fondatrice, Mme Mary Gordon, qui est également une Terre-Neuvienne. Je suis certaine qu'elle aurait aimé participer à la séance d'aujourd'hui. Vous aurez peut-être la possibilité d'entendre Mme Gordon à un autre moment. Le programme Racines de l'empathie a été lancé il y a cinq ans dans deux écoles de Toronto. Il est désormais offert dans 2 500 salles de classe de tout le Canada. En outre, des élèves du Japon et de la Nouvelle-Zélande suivent aujourd'hui le programme Racines de l'empathie.

Nous voulons atteindre trois objectifs grâce au programme Racines de l'empathie : 1) faire progresser la compréhension sociale et la connaissance des émotions qu'ont les enfants, 2) encourager les comportements socialement acceptables chez les enfants et provoquer une diminution de l'agressivité, et 3) apprendre aux enfants en quoi consiste le développement humain normal et sain et leur faire découvrir le rôle des parents. Bien entendu, notre organisme a conçu un programme en fonction de ces objectifs, qui est adapté à chaque niveau scolaire.

Ce programme repose sur les visites d'un nourrisson et d'un ou de deux parents qui rencontrent chaque mois les élèves dans leur salle de classe. Ainsi, c'est le bébé qui devient l'enseignant. En

Grades 1 to 8 learn about normal child development and babies' growth. They interact with the baby and, what is most important, they observe the loving, supportive relationship between the caregiver- parent and this baby. In turn, the regular classroom teacher then will take what was taught in a Roots of Empathy lesson and incorporate that into the normal curriculum in the classroom.

Embedded in the Roots of Empathy program are components that really help change the classroom environment, so that it is not only the curriculum that is really important but also what is happening in that classroom. The whole notion of belonging, caring, collaborating and students working together is emphasized, and, I guess, the children really learn that being nice to each other is very important.

That seems like a very simple process, but what is happening as a result of this program? Research undertaken at the University of British Columbia by Dr. Kimberley Schonert-Reichl, who has researched the Roots of Empathy program in both Toronto and Vancouver back to 2001, tells us that the immediate results are showing that the Roots of Empathy program is effective in improving children's social and emotional competence. In comparison to classrooms where Roots of Empathy was not being taught — and these are comparative classrooms with children the same age and with approximately the same socio-economic background — what was discovered was that in the Roots of Empathy classrooms, children better understand emotions and were able to regulate their emotions. What is also interesting is that pro-aggressive behaviours are reduced in Roots of Empathy programs and pro-social or the appropriate interactive relationships among students have increased. This has been reported both by the teachers and by their peers.

What was an interesting discovery, I guess, or a learning outcome, is that in classrooms where you would expect the range of aggression to remain the same over the school year, it was discovered that as a natural tendency aggressive behaviours among students are increasing throughout the school year, and this happens as children age. Thus, not only is Roots of Empathy reducing that behaviour, the range at which the behaviour is reduced between Roots of Empathy classrooms and non-Roots of Empathy classrooms is quite significant.

Why are aggressive behaviours among children so significant? The results tell us that empathy as a central core of the Roots of Empathy program, and it is central in terms of people's moral personality, has been identified as the personality trait that prevents aggression. We all know, and it has been well documented, about the effects of aggressive behaviour on one

effet, les élèves de la première à la huitième année acquièrent des connaissances sur le développement normal de l'enfant et sur la croissance des bébés. Les élèves tissent des liens avec le nourrisson et, surtout, ils ont l'occasion de voir à l'œuvre des parents aimants et encourageants qui dispensent à leur bébé tous les soins nécessaires. Parallèlement à ces visites, l'enseignant ou l'enseignante responsable des élèves intègre les notions apprises pendant les leçons de Racines de l'empathie au programme scolaire régulier.

Certains éléments inhérents au programme Racines de l'empathie permettent de transformer le contexte scolaire des élèves. Ainsi, non seulement le programme tel quel est important, mais les changements qu'il suscite dans la salle de classe le sont également. En effet, le sentiment d'appartenance, l'intérêt pour le bébé et la collaboration entre les élèves qui travaillent ensemble prennent le premier plan et, par conséquent, les enfants comprennent qu'il est très important d'être respectueux envers leurs pairs.

Cela peut sembler très simple, mais il convient de se pencher sur les résultats de ce programme. En effet, le professeur Kimberley Schonert-Reichl, de l'Université de la Colombie-Britannique a effectué des recherches sur le programme Racines de l'empathie à Toronto et à Vancouver à partir de 2001. Selon les résultats immédiats de ces recherches, le programme Racines de l'empathie conduit à une amélioration des compétences sociales et émotionnelles des enfants. Les chercheurs ont comparé des groupes d'élèves qui bénéficiaient du programme Racines de l'empathie à d'autres groupes du même âge et du même milieu socio-économique qui ne suivaient pas ce programme. Les recherches ont permis de constater que les élèves exposés au programme Racines de l'empathie comprenaient davantage leurs émotions et étaient mieux en mesure de les contrôler. Il y a, chez les élèves qui ont suivi le programme Racines de l'empathie une diminution des comportements agressifs et une augmentation des comportements socialement acceptables et des relations interactives appropriées entre pairs. Les enseignants autant que les élèves l'ont signalé.

Nous avons également fait une découverte intéressante qui, je le suppose, consiste en un résultat d'apprentissage. En effet, on pourrait s'attendre à ce que le niveau d'agressivité demeure stable chez les groupes d'élèves au cours de l'année scolaire. Or, des chercheurs ont découvert que les comportements agressifs ont naturellement tendance à augmenter chez les élèves tout au long de l'année scolaire. En outre, ce phénomène se manifeste à mesure que les enfants grandissent. Par conséquent, non seulement l'agressivité diminue grâce au programme Racines de l'empathie, mais la diminution des comportements agressifs chez les élèves qui bénéficient du programme Racines de l'empathie est très importante.

Pourquoi accorder autant d'importance aux comportements agressifs chez les enfants? Les résultats des recherches indiquent que l'empathie, l'un des traits essentiels de la personnalité morale qui est au cœur du programme Racines de l'empathie, constitue un trait de caractère qui prévient les comportements agressifs. Les effets des comportements agressifs sur les pairs sont très connus et

another, and the effects of bullying are certainly well known, and Roots of Empathy has been classified and is well known as an anti-bullying program. However it is also a parenting program for children. We may think that teaching children how to parent begins very early in the process, but it is also important because when children, at a very early age — and this can be from Grade 1 to Grade 8 — learn about brain development and neuroscience, and what is most important they learn first-hand how important the experience of responding to a baby's needs is and what the potential outcomes can be, they witness the bond of love between a parent and a child and how important that is to a child's well-being.

Dr. Allan Schore, who is a pediatric psychiatrist and neuroscientist with the University of California, has published widely on attachment theory and the mental health problems that ensue when attachment goes awry. Mary Gordon presented with Dr. Schore at the World Health Organization conference in Luxembourg, and he said that Roots of Empathy operationalized his life's work. He feels that the Roots of Empathy program is based on sound principles of developmental psychology and he is, of course, now urging Mary to bring that program to the United States.

In my brief, in the notes that I have presented to you, I have noted some other people in the field of child development as well who are endorsing the Roots of Empathy program. Dr. Richard Tremblay, who is a Roots of Empathy advisor, is saying that there is a sleeper effect, and he is engaged in this research. Thus the things that you learn in your early years stay with you, and later on when the appropriate stimulus comes into your life, that will bring out that event. It is suspected — and I am convinced that the research will show this in a few years — that the things that children learn about parenting and how important a role the caregiver has to the child's emotional well-being, when they become parents in turn, I am sure, these life messages will resurface. I am sure that the research will bear this out, and that they will indeed become better parents and support their children along the way.

The Roots of Empathy classroom is oftentimes the only venue where children have an opportunity to witness this wonderful marriage of love between the child and the parent. Other researchers, Dr. Fraser Mustard, Dr. Dan Offord and Dr. Aynsley Greene, are also looking at the Roots of Empathy program and saying that it is well grounded in research and that not only is it grounded in research but it also speaks to the heart of what is needed to help children thrive in our world today.

In terms of my role, I work with youth in the Roots of Empathy program. How does that kind of fit in with the work that I do? Yesterday, when I was here in St. John's having lunch with a CYN colleague and we were talking about her work with

bien documentés. Il en est de même pour les effets de l'intimidation. Or, le programme Racines de l'empathie a été qualifié de programme anti-intimidation et est très reconnu à cet égard. En outre, ce programme a aussi pour objet d'enseigner aux enfants le rôle parental. Nous estimons qu'il faut commencer très tôt à expliquer aux enfants en quoi consiste le rôle des parents. Mais le programme comporte également d'autres aspects importants : très tôt dans leur vie, à partir de la première année jusqu'à la huitième année, les enfants acquièrent des connaissances sur le développement du cerveau et les neurosciences. Et surtout, les élèves constatent personnellement à quel point il est important de répondre aux besoins d'un bébé. Ils voient d'eux-mêmes les résultats positifs de ces gestes car ils sont témoins de l'amour qui unit un parent à son enfant et de l'importance de ce lien pour le bien-être de l'enfant.

Le professeur Allan Schore, un pédopsychiatre et neuroscientifique de l'Université de Californie, a beaucoup écrit sur la théorie de l'attachement et sur les problèmes de santé mentale qui surviennent en l'absence d'attachement. Mary Gordon et le professeur Schore étaient tous les deux conférenciers invités par l'Organisation mondiale de la santé lors de sa conférence au Luxembourg. Le professeur Schore a dit à cette occasion que le programme Racines de l'empathie mettait en pratique tout le travail auquel il avait consacré sa vie. Selon lui, le programme Racines de l'empathie est fondé sur des principes solides de psychologie du développement et, bien entendu, il exhorte Mary à implanter ce programme aux États-Unis.

Mon mémoire contient les noms d'autres spécialistes du développement des enfants qui appuient le programme Racines de l'empathie. Le Dr Richard Tremblay, l'un de nos conseillers, affirme que le programme Racines de l'empathie a un effet rémanent, et il poursuit des recherches sur ce sujet. Cela signifie que les élèves garderont en mémoire les notions qu'ils ont acquises pendant leur petite enfance, et ces notions referont surface lorsque les circonstances appropriées se présenteront dans leur vie future. Les chercheurs croient que les enfants se souviendront des leçons apprises sur le rôle parental et de l'importance des soins parentaux pour la santé émotionnelle du bébé lorsqu'ils deviendront des parents à leur tour. Je suis convaincue que les travaux de recherche confirmeront cette hypothèse. En outre, je suis certaine que les chercheurs montreront que ces élèves deviendront de meilleurs parents qui encourageront leurs enfants tout au long de leur vie.

Parfois, le programme Racines de l'empathie est la seule occasion qu'ont les élèves de voir la merveilleuse relation d'amour qui unit un parent à son enfant. D'autres chercheurs, les Drs Fraser Mustard, Dan Offord et Aynsley Greene, se penchent également sur le programme Racines de l'empathie. Ils ont affirmé que ce programme est fondé sur de solides résultats de recherche et qu'il repose sur les facteurs déterminants qui permettent aux enfants de s'épanouir dans le monde d'aujourd'hui.

Pour ma part, je travaille auprès des jeunes qui suivent le programme Racines de l'empathie. Quel est le lien avec mon rôle professionnel au Community Youth Network? Hier, je dinais à St. John's avec une collègue du CYN et nous discussions de son

youth and some of the issues that they face, I just asked, generally, "What are some of the family relationships between the youth that you are working with and their home environment?" She said, "There is one common denominator: all of the family relationships are fractured." When this happens, I guess, it begs us to ask the question: Is there anything that can be said about the quality of those very significant relationships, and what happens when they are not there to support adolescents and youth throughout their life cycle?

Research is showing us that early experiences play a critical role in shaping a child's health, well-being and coping skills throughout their entire life. We also know that a developing child is influenced by many factors. The prenatal environment is critical to health development, as is the environment in which the child lives and interacts. In Roots of Empathy classrooms, children learn these complex concepts; they understand them.

In my wrap-up, I would like to quote John Bolby, who is the grandfather of attachment theory. He was a British psychoanalyst and his life's work from the 1920s onward really focussed on infant child and caregiver attachment. He said this:

The more we can give young people opportunities to meet with and observe first hand how sensitive, caring parents treat their offspring, the more likely they are to follow suit. To learn directly from such parents about the difficulties they meet with and the rewards they obtain, and to discuss with them both their mistakes and their successes are worth, I believe, a hundred instructional talks.

I believe that the Roots of Empathy program gives children this opportunity and has the power to influence their future parenting practices. There are not many opportunities where you can see adults discussing with little 10-year-olds, in a classroom setting, how they feel emotionally about parenting their child and how difficult that process sometimes is.

All intervention programs have some degree of success, and this is especially true when adolescents feel that the person they are involved with has a personal connection with them and is supporting them through difficult situations. However, many problems can be eliminated, as we know, with early intervention measures. Local, regional and national governments can use new research and proven methods to protect at-risk children and families by understanding the importance of nurturing environments and supporting prevention initiatives such as the Roots of Empathy program.

I will end my presentation by saying that my notes to you also contain some comments as well from Mary Gordon, who could not be here but wished to add those comments..

travail auprès des jeunes et des difficultés auxquelles ils sont confrontés. Je lui ai demandé quels étaient, de façon générale, les contextes familiaux de ces jeunes. Elle m'a dit qu'il y avait un dénominateur commun : tous les liens familiaux étaient rompus. Cela nous mène inévitablement à la question suivante : Quel est l'effet de la qualité de ces rapports très importants? Que se passe-t-il lorsque personne n'encourage les adolescents et les jeunes pendant cette étape de leur vie?

Les recherches indiquent que les expériences de la petite enfance ont une influence déterminante sur la santé des enfants, sur leur bien-être et sur leur capacité d'adaptation pendant leur vie entière. Nous savons également que le développement de l'enfant dépend d'un grand nombre de facteurs. Le contexte prénatal joue un rôle déterminant dans le sain développement de l'enfant. De même, le milieu où l'enfant vit et interagit revêt une importance capitale. Le programme Racines de l'empathie permet aux enfants de connaître et de comprendre ces concepts complexes.

En conclusion, je voudrais vous citer John Bowlby, le psychanalyste britannique à qui nous devons la théorie de l'attachement. À partir des années 20, il a consacré sa vie professionnelle aux nourrissons et à l'attachement du nourrisson envers ceux qui lui donnent les soins dont il a besoin. Voici ce qu'a dit M. Bowlby :

Plus nous donnons aux jeunes l'occasion de rencontrer et d'observer des parents aimants et sensibles en relation avec leur enfant, plus les jeunes sont susceptibles d'agir comme ces parents. Les jeunes qui apprennent à connaître les difficultés et les joies du rôle de parents en observant directement des parents aimants et sensibles et qui discutent avec eux de leurs erreurs et leurs succès reçoivent un enseignement qui vaut, selon moi, une centaine de cours.

Le programme Racines de l'empathie donne aux enfants cette possibilité et a des chances d'influencer la façon dont ils élèvent leurs propres enfants. Ce n'est pas souvent que les adultes peuvent parler avec des petits de 10 ans, dans un cadre scolaire, de ce que cela veut dire élever ses enfants au niveau affectif et des difficultés qui accompagnent parfois ce processus.

Tous les programmes d'intervention réussissent dans une certaine mesure et c'est d'autant plus vrai quand les adolescents ont une relation personnelle avec la personne avec qui ils traitent et quand ils ont l'impression que cette personne les aide à traverser une situation difficile. Par contre, comme vous le savez, beaucoup de problèmes peuvent être éliminés au départ grâce à des mesures d'intervention précoces. Les administrations locales, régionales et nationales peuvent tirer profit de nouvelles recherches et de méthodes reconnues pour protéger les enfants et les familles à risque simplement en comprenant l'importance d'un milieu protecteur et en appuyant les initiatives de prévention comme le programme Racines de l'empathie.

Je terminerai en disant que le document que je vous ai remis contient également des remarques de Mary Gordon, qui n'a pas pu être des nôtres aujourd'hui.

The Chairman: Thank you. We have lots of questions for you.

Dr, Kellie LeDrew?

Dr. Kellie LeDrew, Clinical Director, Newfoundland and Labrador Early Psychosis Program: Honourable senators, I would like to thank your committee for inviting me to participate in your discussions today. I apologize that I do not have a copy of my brief to submit to you.

I am the co-director of the early psychosis program, and I guess I have many roles within that program in our province. I am also an assistant professor of psychiatry at Memorial University and I am a general psychiatrist within the health care corporation of St. John's. Before I talk about the program that exists within our province I would like to talk briefly about early intervention strategies and psychosis. I apologize if you have heard this before.

In terms of a brief summary about early intervention strategies in psychosis, there has long been an understanding that psychotic disorders such as schizophrenia are persistent and severe medical illnesses that are associated with high morbidity and mortality. The World Health Organization has ranked active psychosis as the third most disabling condition; it is even higher than blindness. Psychotic illnesses have enormous economic and medical costs; however, the human cost of these illnesses cannot be quantified. We often see devastating personal costs to individuals and to their families. Sometimes I think we underestimate the costs these illnesses visit, not only on the individuals from a human perspective but also on their families. Psychotic illnesses are a major public health concern, yet our medical system seemingly has not prioritized them as having the same importance as other physical problems.

Unfortunately, for many years there has been a therapeutic pessimism that has impeded advances within psychiatry and mental health, and has impacted significantly on treatments of and service delivery to individuals who suffer from illnesses such as schizophrenia. Early intervention in psychosis really represents a paradigm shift in the conceptualization and treatment of psychotic disorders. Early intervention in psychosis refers to the current approaches of treatments of psychosis that emphasize both the timing and types of interventions that are used to treat a person experiencing their first episode of psychosis. "Early" refers to as early as possible following the onset of psychosis but even now, within the early psychosis movement, there is some sort of controversy as to the possibility of intervening even before the onset of psychosis in the prodromal phase. "Intervention" refers to comprehensive, intensive, phase-specific and individualized treatment plans for these individuals.

Le président : Merci. Nous aurons beaucoup de questions à vous poser.

Docteure Kellie LeDrew?

La docteure Kellie LeDrew, directrice des services cliniques, Newfoundland and Labrador Early Psychosis Program : Honorables sénateurs, je voudrais vous remercier de m'avoir invitée à participer au débat d'aujourd'hui. Je suis désolée, je n'ai pas de mémoire à vous transmettre.

Je suis codirectrice du programme de psychose précoce et je suppose que j'assume beaucoup de rôles au sein de ce programme dans notre province. Je suis également professeure adjointe de psychiatrie à l'Université Memorial et je travaille comme psychiatre à la corporation de soins de santé à St. John's. Avant de vous parler du programme qui existe à Terre-Neuve-et-Labrador, j'aimerais vous parler brièvement des stratégies d'intervention précoce et de la psychose. J'espère que je ne répéterai pas ce que vous avez déjà entendu.

Pour ce qui est d'un bref résumé des stratégies d'intervention précoce visant les psychoses, on peut dire qu'on sait depuis longtemps que les troubles psychotiques comme la schizophrénie sont de vraies maladies persistantes et graves qui s'accompagnent d'un taux élevé de morbidité et de mortalité. D'après l'Organisation mondiale de la santé, la psychose active est le troisième trouble invalidant, plus handicapant encore que la cécité. Les troubles psychotiques engendrent des coûts économiques et médicaux énormes; par contre, les coûts humains ne peuvent être quantifiés. Les effets sont également souvent dévastateurs pour les personnes atteintes et leur famille. Je pense qu'on a tendance à sous-estimer les coûts émotifs de ces maladies, non seulement chez les patients mais également chez leur famille. Les troubles psychotiques constituent un problème important en matière de santé publique et pourtant, dans notre système médical, on ne leur accorde pas autant d'importance qu'aux autres problèmes physiques.

Malheureusement, on note depuis longtemps un certain pessimisme thérapeutique qui a fait obstacle au progrès dans les domaines de la psychiatrie et de la santé mentale et qui a eu des répercussions importantes sur les traitements et les services offerts aux personnes qui souffrent de troubles comme la schizophrénie. L'intervention précoce dans le domaine de la psychose représente un réel renversement de la façon dont on conçoit et traite les troubles psychotiques. Par intervention précoce, on entend les approches d'aujourd'hui en matière de traitement des psychoses qui accordent beaucoup d'importance aux types d'interventions retenues pour traiter les personnes qui souffrent leur premier épisode de psychose et le moment où commence le traitement. Par « précoce » on entend aussi rapidement que possible après la manifestation du trouble et on parle même, au sein du mouvement de traitement des psychoses par intervention précoce, de la possibilité d'intervenir avant la manifestation du trouble, c'est-à-dire pendant la période prodromique. Pour ce qui est de « l'intervention », il s'agit de traitements exhaustifs, intensifs, individualisés et personnalisés en fonction de la gravité du trouble.

The early psychosis movement really started in Australia, and they have been the leaders in early intervention strategies in a number of areas of mental health. Over the past decade, the concepts of early psychosis have gained strength and credibility and have spread throughout the world. Canada is felt to be one of the leaders when it comes to the development of early psychosis programs and research.

The early psychosis movement has really changed views about psychosis and illnesses such as schizophrenia. Psychotic disorders such as schizophrenia have now gone from being seen as chronic and debilitating illnesses to now being possibly even potentially curable. We are certainly entering into a new era of optimism in the treatment of these serious mental illnesses. It inherently makes sense that the earlier you treat someone, the better off they would be, but until recently this really has not been the accepted theory in psychiatry and mental health, and also until recently, there has been very little research done in that area. However, research has shown that significant delays were being experienced by young people who were suffering from psychosis before they started on treatment, and delays lasting up until two years before they were initiated into treatment. Thus people were out there, psychotic, for two years before they were actually seeing a physician or a mental health professional and starting on treatments.

It was the creation and refinement of various service delivery programs that enveloped the principles of early psychosis programs, started in Australia, that really led the way to approving treatments for individuals suffering from psychotic disorders. It has been shown that by decreasing the duration of untreated psychosis, better outcomes are possible. This makes sense, not only from a biological perspective but also from a psycho-social perspective.

There is some controversy as to whether or not the longer you leave someone untreated, will the psychosis be biologically more toxic to your brain? Some would say yes and some would say no. Regardless of that fact, it makes sense that the longer someone is actively psychotic and having an illness that is affecting the way they think, feel and experience the world, the impact on them, psychologically and socially, is more devastating. Thus the earlier you get them into treatment, the better off they will be, and I can expand upon that statement later, if you wish. As psychosis often occurs in adolescence, it often results in a major disruption in a young person's ability to meet the developmental challenges that are required of them. If it goes untreated, it can have a major impact on their life's trajectory.

The early psychosis program in our province was initially started as a pilot project within the health care corporation of St. John's back in the winter of 2001. It was modelled after the Calgary program and it was initially set up by just myself, a colleague and a nurse. In other words, just three of us started it up, and we tried to take pieces of other people's resources that were already there, and we asked if we could have certain people

Le mouvement de traitement de la psychose par prévention précoce a en fait commencé en Australie et ce sont les Australiens qui mènent dans le domaine de stratégies d'intervention précoce en santé mentale. Au cours des 10 dernières années, les concepts de la psychose précoce se sont renforcés, sont devenus plus crédibles et se sont répandus partout au monde. On estime que le Canada est un chef de file en matière de conception de programmes de traitement précoce de la psychose et des recherches menées dans ce domaine.

Grâce au mouvement de traitement précoce de la psychose, notre perception de la psychose et des maladies comme la schizophrénie a changé de façon radicale. Alors qu'à une époque on pensait que les troubles psychotiques comme la schizophrénie étaient des maladies chroniques invalidantes, on estime aujourd'hui que ces troubles pourraient éventuellement être guéris. C'est assurément une ère d'optimisme en matière de traitement de ces maladies mentales graves qui commence. Il va sans dire que les patients qui sont traités tôt se porteront le mieux, mais jusqu'à récemment ce n'est pas comme ça qu'on voyait les choses en psychiatrie et en santé mentale, et ce n'est que récemment qu'on a commencé à faire de véritables recherches dans ce domaine. Grâce à ces recherches, on a découvert que les jeunes souffrant de psychose devaient attendre très longtemps avant de commencer leur traitement, des fois jusqu'à deux ans. Ce qui veut dire qu'il y a des jeunes souffrant de psychose qui ont dû attendre pendant deux ans avant de pouvoir consulter un médecin ou un professionnel de la santé mentale et de commencer leurs traitements.

Ce sont la création et l'amélioration de divers programmes de prestation de services axés sur le traitement précoce de la psychose, en Australie, qui ont mené à l'approbation de traitements adaptés aux personnes souffrant de troubles psychotiques. On a pu démontrer qu'en traitant rapidement la psychose, on améliorerait les chances de réussite. Ce qui est logique, d'un point de vue biologique mais également psychosocial.

On ne sait toujours pas avec certitude si la psychose non traitée aggrave la toxicité dans le cerveau. Il y en a qui vous diront que c'est le cas, et d'autres, l'inverse. Mais peu importe. Ce qui est clair, c'est que plus la psychose active et donc la maladie qui perturbe la façon de penser et de concevoir le monde du patient perdure, plus l'impact psychologique et social sera dramatique. Donc, plus le traitement est précoce, plus le patient s'en sortira, et je pourrais vous en dire davantage plus tard, si vous le désirez. Comme la psychose se manifeste souvent à l'adolescence, les jeunes ont beaucoup de mal à s'adapter aux nouvelles réalités qui accompagnent leur croissance. Si la psychose n'est pas traitée, elle risque d'avoir un impact important sur leur trajectoire de vie.

C'est à l'hiver 2001 que la Corporation de soins de santé de St. John's a lancé le projet pilote qui est par la suite devenu le programme de traitement précoce de la psychose à Terre-Neuve-et-Labrador. Notre programme s'inspirait du programme de Calgary et au départ nous n'étions que trois, moi-même, un collègue et un infirmier. Nous avons essayé de profiter de différentes ressources qui existaient déjà et nous avons

assigned to us to work with our clients. These were not new resources; they were people who were already in the system working with clients who had psychosis, and we asked if certain people could be assigned to our program.

Basically, it was set up primarily as a clinical program with a small research component. This is important, because this was different from many of the programs across Canada. Many of the programs across Canada were initially set up as primarily research programs, so if clients did not participate in the research, they could not be part of the program, or that was my understanding, anyway.

We were fortunate, at that point, because we did receive funding and support through the health care corporation and we did receive funding through pharmaceutical companies to set up this mainly clinical program. We accept individuals experiencing their first episode of psychosis between the ages of 15 and 55. In that way, we are a bit different, too, because we took a broad range of clients. That was a bit of an obstacle as well because we are part of the adult system, and our services initially were for 19 and above, but we were able to talk the corporation into letting us take the 16 year-olds and above. That, in itself, is a barrier because oftentimes difficulties are experienced in making the transition between child health services and adult services.

We accepted individuals who had had less than six months of treatment for psychosis, so that meant individuals experiencing their first episode of psychosis. Our criteria for accepting individuals do differ from other programs across Canada. My understanding is that certain programs will only take individuals who have had less than one month of treatment.

We also differ in some ways in the way that referrals are accepted, not only from family physicians but also from community mental health workers and community workers, and we do allow families and individuals to self-refer. After an article that we wrote appeared in the newspaper, we had family members walking in and referring individuals as well. We do have a program coordinator who does initial screening and assessment and it is usually done within 24 to 72 hours, because psychosis is a psychiatric emergency and I do not think there can be wait times for screening and assessments if someone is acutely psychotic. Thus we have to take down the barriers when it comes to access to mental health services, particularly when someone is acutely psychotic.

We are a community-based program; however, we are located within the Waterford Hospital, which is the provincial psychiatric hospital. That was the space that was available to us and that, in itself, does present some challenges, but we try to keep people out

demandé que certaines personnes travaillent exclusivement avec nos clients. Il ne s'agissait donc pas de nouvelles ressources mais plutôt de personnes qui travaillaient déjà au sein du système auprès de personnes souffrant de psychose. Nous avons simplement demandé que certaines personnes soient affectées à notre programme.

Au départ, il s'agissait d'un programme clinique comportant un petit volet de recherche. C'est un aspect important, parce que c'est en cela que notre programme se démarquait de beaucoup d'autres programmes au Canada, qui eux, étaient essentiellement des programmes de recherche, ce qui veut dire que si les clients ne participaient pas aux recherches, ils ne pouvaient pas non plus participer aux programmes. C'est du moins ce que j'en ai déduit.

Nous avons eu de la chance, au départ, parce que la corporation de soins de santé ainsi que diverses compagnies pharmaceutiques ont financé le programme qui était principalement de nature clinique. Nous acceptons les patients qui souffrent de leur premier épisode de psychose entre l'âge de 15 et de 55 ans. Notre programme se démarque des autres à ce niveau-là également en vertu de la diversité des personnes que nous accueillons. C'est un autre obstacle que nous avons dû surmonter parce que comme nous faisons partie du système pour les adultes, nous n'étions censés accueillir que les personnes de 19 ans et plus, mais nous avons réussi à convaincre la corporation d'inclure les patients de 16 ans et plus. Ça, c'est un autre problème, parce que la transition entre les services de santé pour enfants et les services pour adultes est souvent difficile.

Nous acceptons les personnes qui subissaient des traitements pour leur psychose depuis moins de six mois, c'est-à-dire les personnes qui connaissaient leur première épisode de psychose. Le critère de sélection des patients diffère de ceux des autres programmes ailleurs au Canada. À ma connaissance, il existe certains programmes dans le cadre desquels seules les personnes qui subissent des traitements depuis moins d'un mois sont acceptées.

Pour ce qui est des demandes de consultation, nous sommes moins stricts que les autres en ce sens que nous acceptons les renvois non seulement des médecins de famille mais aussi des travailleurs communautaires en santé mentale et des travailleurs communautaires ainsi que des familles et des patients eux-mêmes. Après la parution d'un article que nous avons écrit dans un journal, il y a des personnes qui ont commencé à venir nous voir pour prendre un rendez-vous pour un membre de leur famille. Nous avons un coordinateur de programmes qui s'occupe du tri et de l'évaluation initiaux, ce qui se fait en 24 à 72 heures en général parce que nous considérons que la psychose est une urgence psychiatrique et que dans le cas de psychose aiguë, on ne peut se permettre de faire attendre les gens. Nous devons donc éliminer tous les obstacles qui empêchent les gens d'accéder aux services de santé mentale, surtout dans le cas de personnes souffrant de psychose aiguë.

Bien que notre programme soit de nature communautaire, nos locaux se trouvent à l'hôpital Waterford, un hôpital psychiatrique provincial. En effet, c'est dans cet hôpital que nous avons trouvé des locaux, ce qui pose certains problèmes, mais nous faisons tout

of hospital as much as we can. One of the goals of our program is to treat people in the least restrictive environments, so we try to keep people in their communities, in their homes, out of hospital but we are not necessarily always successful at that. The goals of the program are to promote early recognition of individuals who are experiencing psychotic symptoms by reducing delays and wait times and reducing their duration of untreated psychosis. We try to provide optimum safe and comprehensive interdisciplinary assessments and interventions for individuals experiencing psychosis, but also for their families, and I can tell you more about that as well.

An important goal is to provide recovery and to prevent relapse in an effort to prevent persistent disability. Other goals of our program include the promotion of education to primary care physicians and community health workers, so we try to do that, and that is a small component of our program. We have had some provincial initiatives around that. As mentioned previously, we do have a small research component and some of our research interests have been in the areas of service delivery and health outcome evaluation. We have set up a naturalistic database to study individuals with first-episode psychosis and we are collecting a lot of information. Unfortunately, because our clinical demands are so high, we do not have time to look at that information, but we will look at it eventually.

The components of our program include psychiatric care, case management, and family interventions, and that is particularly important because one of the new resources that we were able to get was a person specifically assigned to work with families in our programs. She has a Masters in Social Work. Her job is to work only with the families. She works individually with families at various phases as the people progress through our program, and on a group level. She has introduced some new initiatives using telehealth for support networking for the families across the province. We also have a part-time occupational therapist and some other people who are involved on a part-time basis including psychology, pharmacy and dieticians.

As stated previously, Canada is a strong member of the international community in terms of its contribution to the practice and research in early psychosis, and there are a number of well-established sites in Canada, as I am sure you know. We feel our program is unique in terms of the population we serve and in terms of some of the strengths of our program.

Certainly, we face some unique challenges. Most recently we looked towards expanding our program to better serve the clients outside of St. John's because my thing is that you should not just be able to obtain services in St. John's, and there are a lot of people outside the "overpass" — that is sort of lingo in Newfoundland. I myself come from outside of St. John's, and I feel that people in all parts of the province deserve the same access

notre possible pour que les personnes qui nous consultent ne soient pas obligées d'aller à l'hôpital. Nous avons pour objectifs, entre autres, de traiter les patients dans un environnement le moins contraignant possible, et c'est pour ça que nous essayons de leur venir en aide chez eux, dans leur communauté, loin de l'hôpital, bien que ce ne soit pas toujours possible. Les objectifs du programme sont la détection précoce de symptômes psychotiques en écourtant les temps d'attente et la durée prétraitement. Nous essayons d'assurer des évaluations interdisciplinaires exhaustives et bien adaptées et de mener des interventions tant auprès des personnes souffrant de psychose que de leur famille. Je pourrais vous en parler plus longuement si ça vous intéresse.

Un autre objectif important, c'est de guérir la maladie et d'empêcher les rechutes afin d'éviter l'invalidité prolongée. Nous nous intéressons également à la sensibilisation des médecins de première ligne et des experts en santé communautaire; c'est un petit volet de notre programme. D'ailleurs, il y a eu des initiatives provinciales dans ce domaine. Comme je l'ai dit précédemment, nous avons un petit volet de recherche et nous nous sommes penchés sur la prestation de services et l'évaluation de l'efficacité des soins dispensés. Nous avons spécialement conçu une base de données qui nous permet d'étudier les premiers épisodes de psychose. Nous saisissons beaucoup d'informations, que nous n'avons pas encore pu étudier, malheureusement, parce que notre travail clinique est si accaparant, mais ça se fera.

Notre programme comprend plusieurs volets : les soins psychiatriques, la gestion de cas et les interventions auprès des familles. Ce dernier volet est particulièrement important parce que parmi les nouvelles ressources qui nous ont été attribuées, nous avons une personne qui travaille exclusivement avec les familles dans le cadre de nos programmes. Elle a une maîtrise en travail social et ne travaille qu'auprès des familles. Elle travaille auprès des familles une à la fois aux différentes étapes du programme, ainsi qu'en groupe. Elle a lancé de nouvelles initiatives qui tirent profit du réseau de télésanté pour venir en aide aux familles à l'échelle de la province. Nous faisons également appel à divers spécialistes qui travaillent à temps partiel : un ergothérapeute, des psychologues, des pharmaciens et des diététistes.

Comme on l'a déjà mentionné, le Canada est un chef de file à l'échelle internationale pour ce qui est des recherches et des applications pratiques relatives au traitement précoce de la psychose. En effet, comme vous le savez sans doute, il existe un certain nombre de sites bien établis au Canada. À notre avis, notre programme se démarque des autres en raison de la population qu'on dessert et de ses points forts.

Évidemment, nous devons relever des défis remarquables. Tout récemment, nous avons envisagé élargir notre programme pour mieux desservir la clientèle de l'extérieur de St. John's. En effet, j'estime qu'on devrait pouvoir obtenir des services pas seulement dans la capitale, mais également à l'extérieur de l'overpass — comme on dit à Terre-Neuve — où habitent beaucoup de gens. Je viens moi-même de l'extérieur de la capitale, et j'estime que les

to care. Recently, therefore, we obtained some funding to have a nurse/case manager position in western Newfoundland and we are trying to set up a satellite service there for our program.

As well, we look towards using new and innovative ways of delivering the service, such as telehealth and shared care initiatives. Certainly, we are facing some challenges when it comes to geographic issues and mental health provider shortages and lack of other community support such as supported work programs, housing opportunities — I can speak further to all of that, if you would like.

The Chairman: Dr. LeDrew, when you talk about “first episode” and about “early psychosis,” how does a parent know the difference between the behaviour of a child that warrants coming for treatment and just a kid having a bad day? From a layman’s standpoint, how does someone — whether it is a parent or a teacher for that matter — know that really somebody needs to come and see you? What are the telltale signs? What are the signals that you look for?

Dr. LeDrew: That is a very good question. I think, from an individual perspective, if someone — a particular person had that question, we have a program coordinator, and if the person was suspicious of a change, they could be referred to our coordinator who could ask them a lot of questions, such as, “Are you having this, this and this?” If she thought they warranted an assessment, they would be brought in and be seen by a psychiatrist, and if we felt that they were experiencing psychosis, then they would become part of the program. If we did not, and we felt it was more depression or an adjustment problem, we would send them to another service.

The Chairman: Can you give a layman’s interpretation, then, of what you mean by psychosis?

Dr. LeDrew: Psychosis is a brain disorder that reflects an impairment in a person’s reality-testing and there is often a change in a person’s behaviour, thinking or emotion. Initially, the signs can be very subtle and can be very difficult to detect, and thus when we are trying to educate people around signs and symptoms of psychosis, those can often overlap with other diagnoses such as depression and anxiety. Very commonly, when someone is acutely psychotic, it is easy to tell because people describe hearing voices; they are delusional, have fixed, false beliefs. They may say that someone is out to get them and they are paranoid, and different things like that; they say they are hearing voices, voices of God or the devil or different people. Thus when someone is acutely psychotic, a general practitioner, a community mental health professional, a teacher, or other people can often

habitants de partout dans la province ont droit aux mêmes soins. Récemment, on nous a consenti des fonds en vue de doter un poste d’infirmière/gestionnaire de cas dans l’ouest de Terre-neuve, où nous tentons de mettre sur pied un service satellite pour notre programme.

Nous cherchons également à trouver de nouvelles façons novatrices d’offrir nos services, par exemple, la télémédecine et les initiatives de soins partagés. Évidemment, nous devons relever certains défis puisqu’il se pose des problèmes d’ordre géographique et des problèmes de pénurie d’intervenants en santé mentale, sans parler des lacunes dans le soutien communautaire tels les programmes de travail subventionnés, les perspectives de logement... Et je peux vous en parler plus longuement si vous le souhaitez.

Le président : Docteur Le Drew, vous avez parlé des premiers épisodes et de la psychose précoce : comment le parent fait-il pour voir la différence entre, d’une part, un comportement chez son enfant qui justifierait qu’il soit traité et, d’autre part, une simple mauvaise journée? Pour les néophytes, comment fait le parent, ou même l’enseignant, pour savoir s’il faut vraiment vous envoyer un enfant pour consultation? Quels sont les signes qui devraient vous alerter? Que devez-vous rechercher?

Dr. LeDrew : C’est une excellente question. Supposons quelqu’un qui se trouve dans cette situation et qui se pose cette question; si un adulte soupçonne un changement de comportement chez un enfant, il peut l’envoyer voir notre coordonnatrice de programme qui lui posera alors toutes sortes de questions comme : « Est-ce que tu ressens ceci ou cela? » Si la coordonnatrice estime que l’enfant doit subir une évaluation, on peut envoyer l’enfant alors chez un psychiatre. Et si l’on estime que l’enfant est en psychose, alors on l’intègre à notre programme. Dans la négative, si on estime qu’il s’agit plutôt d’une dépression ou d’un programme d’ajustement, nous envoyons l’enfant vers un autre service.

Le président : Pouvez-vous expliquer pour les non-initiés ce que vous entendez par psychose?

Dr. LeDrew : La psychose est un trouble du cerveau qui traduit une perturbation chez une personne et une difficulté chez elle de percevoir la réalité; cela se traduit aussi souvent par un changement dans son comportement, dans ses émotions et dans sa pensée. Au début, les signes peuvent être très subtils et très difficiles à déceler, et lorsque nous voulons sensibiliser les adultes aux signes et aux symptômes de la psychose, nous leur disons qu’ils peuvent souvent servir à plusieurs diagnostics tels que la dépression et l’anxiété. Il arrive souvent, lorsque quelqu’un fait de la psychose aiguë, qu’il soit facile de le diagnostiquer parce que les malades nous disent qu’ils entendent des voix; ils peuvent aussi délirer et avoir des idées fixes et s’imaginer des choses. Par exemple, ils vous disent que quelqu’un les pourchasse, et ils font de la paranoïa, entre autres choses; ils nous disent qu’ils entendent

tell very clearly. However, it is at the stage of the very subtle signs, when you want to get someone early, that can be very difficult to tell.

When we are trying to target interventions, of raising awareness in public education, we do not expect the teachers to necessarily say, "I know this person is psychotic" or "I know this person has depression." We just want to raise the index of suspicion that if someone is having a persistent change or psychological deterioration, then guess what? There is something wrong. The wait-and-see approach is not the right approach; you know this person, and there has been a change; this person's functioning is impaired and they need an assessment, they need to see someone. This is an at-risk person who should probably come in for a screening. We are not necessarily asking the mental health professionals or the teachers to do the assessment but we will bring them in and do the assessments. They may turn out not to be psychotic, but we can help them with where they need to go.

The Chairman: But do you have — and it is probably not as simple as a check list, but something with which you can train a parent or an elementary or high school teacher, for example, to sort of say, "Here are the signs you ought to be looking for."?

Dr. LeDrew: Yes, the early psychosis movement has been very good because the Australians — and Canadians, too, when you look to the B.C. group — have come up with a lot of promotional materials, and people are very open to sharing those materials so it has already developed, and there are a lot of screening tools and a lot of information.

If you notice these changes, a person has become more socially isolated, their marks are dropping, they are starting to act unusually, you should call, and these are the things you should look for. I guess it is not reinventing the wheel when it comes to some of the educational materials because it is already there. It is just a matter of disseminating it, and in the right way and to the right people, to the targeted groups to whom it needs to get across.

We have actually done some of those things with guidance counsellors and people in schools to try to say, "You know what? We do not expect you to be able to make the diagnosis, but if you are concerned about someone..." Just sort of increasing their awareness, because some people may not even have heard the term "psychosis." It is mainly about raising awareness, and there

des voix, celle de Dieu, du Diable ou de quelqu'un d'autre. Donc, il est très facile pour un généraliste, pour un professionnel communautaire de la santé mentale, un enseignant, ou pour n'importe qui d'autre de déterminer clairement le problème lorsque le malade est en phase aiguë de psychose. Toutefois, c'est au tout début, lorsque les signes sont très subtils, et justement au moment où vous souhaitez intervenir, qu'il peut être très difficile de déterminer le trouble.

Lorsque nous voulons cibler nos interventions et sensibiliser la population, nous ne nous attendons pas à ce que les enseignants nous disent de façon catégorique que tel enfant est psychotique ou que tel autre souffre de dépression. Ce que nous voulons, c'est induire dans son esprit certains soupçons de sorte que si l'enseignant se trouve en présence d'un enfant dont le changement de personnalité persiste ou s'il y a détérioration psychologique, qu'il puisse conclure qu'il y a quelque chose qui cloche chez l'enfant. L'approche attentiste n'est pas la bonne : si vous connaissez quelqu'un chez qui vous avez remarqué un changement et si son fonctionnement est perturbé, il faut alors l'évaluer et la faire voir par un spécialiste, car il s'agit d'une personne à risque qui devrait sans doute faire l'objet d'un dépistage. Nous ne demandons pas nécessairement aux professionnels de la santé mentale ni aux enseignants de faire l'évaluation eux-mêmes, mais nous leur demandons de nous envoyer les enfants pour que nous les évaluions. S'il se trouve qu'ils ne sont pas psychotiques, nous pouvons néanmoins les aider en les orientant ailleurs.

Le président : Mais avez-vous un document de référence, qui n'est probablement pas aussi simple qu'une liste de contrôle, dont vous pourriez vous servir pour former des parents ou des enseignants afin qu'ils connaissent le genre de symptôme qui doit les alerter?

Dre LeDrew : Oui, la tendance en faveur de l'étude des premiers stades de la psychose a donné de très bons résultats. En effet, l'Australie, et le Canada dans une certaine mesure si l'on considère le groupe de la Colombie-Britannique, ont élaboré un abondant matériel de sensibilisation et les auteurs sont prêts à partager ces documents. Ainsi, ce matériel existe déjà et comprend un grand nombre d'outils de dépistage et toute une mine de renseignements.

Par exemple, on nous dit que si certains changements se manifestent chez une personne : elle s'isole des autres, ses résultats scolaires diminuent, elle agit de façon inhabituelle, alors il faut demander de l'aide. On explique les symptômes qui sont inquiétants. Il ne s'agit donc pas de réinventer la roue car il existe déjà du matériel de sensibilisation. Il faut plutôt diffuser ces documents adéquatement et les faire parvenir aux personnes concernées, c'est-à-dire certains groupes désignés qui ont besoin d'obtenir ces renseignements.

Nous avons déjà certaines de ces mesures auprès des conseillers d'orientation et du personnel scolaire. Nous leur avons expliqué que nous ne nous attendions pas à ce qu'ils fassent un diagnostic mais plutôt à ce qu'ils nous signalent leurs inquiétudes au sujet de certaines personnes. Nous voulions simplement les sensibiliser davantage à ces questions, car il y a des gens qui n'ont jamais

are already established educational tools out there to provide to schools, parents, and the public around psychosis and what to look for. It is just that we have not had the money to purchase a lot of it, and to be able to disseminate it effectively.

The Chairman: If you were able to disseminate it effectively, what are the chances that you would get such a demand for your services that you could not meet the demand?

Dr. LeDrew: Yes, we thought that might be a problem as well, but what happens is that we have a very experienced program coordinator so that if someone calls for a guidance counsellor, she is very good at screening specifically for psychosis, and if she thinks that this may be a young person with depression or a young person experiencing an anxiety problem, she will get them in and do the screening and refer them more appropriately.

The Chairman: You have a triage system that seems to work pretty well.

Dr. LeDrew: Yes, and speaking to that point, I think some people would sometimes refer to early psychosis programs as a boutique service, and really, I think the movement is sort of leaning toward looking at at-risk youth. There must be a hub-and-spoke sort of service for adolescents. There are many at-risk youth and unfortunately, when someone is young, the symptoms of psychosis may overlap with the symptoms of depression, with anxiety, with substance abuse, so if you had a central triage place where people could send at-risk youth, then they could be triaged appropriately, sent to early psychosis services, or sent to addiction services. I think that if we had that in Newfoundland, we could be a little more effective.

What sort of happened here is that because we are so accessible, sometimes people come to us, and we end up sending them back to other places, which takes up a lot of our time and makes it all a little bit difficult.

The Chairman: We found that in, of all places, Brandon, Manitoba; they have exactly the kind of triage system you are talking about. They have a single point of entry for the entire mental health system, run by a nurse practitioner, as a matter of fact, and that covers both the city of Brandon and a substantial portion of rural, northern Manitoba. The nurse practitioner sends the individual to wherever they need to go — is it addiction? Is it just some counselling? Is it psychosis? Thus, exactly what you have described is doable, but you are right, the problem is that you are so available that people skip the first step, right?

entendu le mot psychose. Il s'agit donc d'un effort de sensibilisation. En outre, nous disposons déjà de matériel éducatif reconnu que nous pouvons fournir aux écoles, aux parents et à la population en général pour qu'ils comprennent ce qu'est la psychose et quels sont les signes avant-coureurs. En fait, nous n'avons pas les ressources nécessaires pour acheter un grand nombre de trousseaux de sensibilisation, ni pour les diffuser suffisamment.

Le président : Si vous étiez en mesure de faire une distribution efficace de ces documents, est-il possible que vous soyez inondés de demandes de services auxquelles vous ne pourriez pas répondre?

Dre LeDrew : Oui, c'est une possibilité qui nous a également préoccupés. Toutefois, nous pouvons compter sur une coordonnatrice de programme chevronnée. Ainsi, si un jeune nous téléphone pour consulter un conseiller en orientation, notre coordonnatrice est tout à fait capable de déceler des signes de psychose. Si elle estime que ce jeune souffre d'une dépression ou d'un problème d'anxiété, elle le convaincra de venir nous rencontrer pour que nous fassions des tests de dépistage et que nous le référions au spécialiste approprié.

Le président : Vous semblez avoir un système de triage qui fonctionne très bien.

Dre LeDrew : Oui, et d'ailleurs, je crois que les programmes d'intervention au premier stade de la psychose sont souvent assimilés à des points de services spécialisés. En réalité, les partisans de l'intervention précoce s'intéressent de plus en plus aux jeunes qui sont considérés comme étant à risque. Il doit y avoir un service centralisé consacré aux adolescents. Un grand nombre d'entre eux sont à risque, et, malheureusement, les symptômes de psychose chez les jeunes peuvent ressembler à ceux de la dépression, de l'anxiété et de la toxicomanie. Par conséquent, s'il existait un point de service et de triage unique auquel on pourrait référer des jeunes à risque, alors ils pourraient être dirigés vers des services d'intervention au premier stade de la psychose ou des services destinés aux toxicomanes. Nous serions plus efficaces si les choses étaient organisées de cette façon à Terre-Neuve.

En fait, comme il est si facile d'avoir accès à nos services, il arrive que des jeunes viennent nous consulter et que nous les référions ailleurs, ce qui occupe une part de notre temps et rend notre travail un peu plus difficile.

Le président : Nous avons constaté que la ville de Brandon au Manitoba s'est dotée du système de triage que vous décrivez. Il y a un seul point d'entrée pour l'ensemble du système de santé mentale. Ce centre de services est géré par une infirmière praticienne et dessert la ville de Brandon ainsi qu'une bonne part des régions rurales du nord du Manitoba. L'infirmière praticienne réfère les patients aux services spécialisés indiqués. Il peut s'agir de toxicomanie, de counselling ou de psychose. Ainsi, ce mécanisme correspond exactement à ce que vous avez décrit, ce qui prouve que c'est réalisable. Mais, je suis d'accord avec vous, comme vos services sont facilement accessibles, les patients laissent tomber la première étape. C'est exact?

Dr. LeDrew: Yes, and so people sort of walk in and they will just say, you know, "I want to be..."

The Chairman: "I want to be screened."

Dr. LeDrew: Yes, and that is sort of difficult.

The Chairman: Ms. Bungay-Gaultois, we have heard about your program, which sounds terrific, but you are the first person we have talked to who has worked on the Roots of Empathy program in a rural setting. Although you live in Stephenville, I presume the schools you work in include some pretty rural schools, right?

Ms. Bungay-Gaultois: Very rural schools, as remote as Ramea, which is an hour —

The Chairman: I know where it is. I have been to every fish plant in Newfoundland. Sorry, that was in my old days. I probably should not mention that anymore. I am still not liked for some reasons, for some of the things we said. Margaret Lake is still around, probably, or her ghost.

Do you notice any difference in running your program in a rural setting rather than an urban setting?

Ms. Bungay-Gaultois: I personally have no experience with running the program in an urban setting, and Roots of Empathy certainly has that background in many provinces across the country. What we have discovered is that maybe there are different degrees of cultural diversity in a rural setting, such as rural Newfoundland settings, than in more urban settings.

The Chairman: There are fewer degrees of diversity?

Ms. Bungay-Gaultois: That is correct, fewer degrees. Sometimes the socio-economic conditions are different in rural settings, especially here in rural Newfoundland, but children's developmental processes are often very comparable in urban and rural settings, and some of the outcomes that are being experienced in Toronto and Vancouver are some of the same outcomes that we are experiencing here in Newfoundland. The satisfaction results in the peer and teacher ratings of the program are compared to programs across the country, and certainly what we are learning by comparing Newfoundland teacher and student experiences to those in other places is that they are comparable across the board. If I may say so, our experience here in Newfoundland demonstrates clearly that students and teachers in many categories rate Roots of Empathy programs higher than those in urban settings do.

The Chairman: Do you ever have schools or teachers say that they do not want to do it? I mean, it seems to me so obvious that they would want to do it, but in any event, is your take-up rate limited by the number of people whom you can find to actually run the program? Or do you find that certain school systems are

Dre LeDrew : Oui, et les gens se présentent chez nous sans rendez-vous et nous disent : « Je veux... »

Le président : « Je veux qu'on m'examine. »

Dre LeDrew : Oui, et c'est un peu difficile.

Le président : Madame Bungay-Gaultois, nous avons entendu parler de votre programme qui semble fantastique. Mais vous êtes le premier témoin que nous entendons qui a travaillé pour le programme Racines de l'empathie dans un contexte rural. Vous habitez Stephenville, mais je suppose que vous travaillez notamment dans des écoles en milieu plutôt rural, n'est-ce pas?

Mme Bugay-Gaultois : Des écoles très rurales, comme celle de Ramea, qui est si éloignée qu'elle se trouve à une heure...

Le président : Je sais où se trouve cette école. J'ai visité toutes les usines de transformation du poisson de Terre-Neuve. Je suis désolé, c'était il y a longtemps. Je ne devrais peut-être plus en parler aujourd'hui. Certaines personnes ne m'apprécient pas du tout à cause des choses que nous avons dites. Margaret Lake existe probablement toujours, ou du moins, ce qu'il en reste.

Le programme est-il géré de la même façon dans les régions rurales par rapport aux régions urbaines?

Mme Bugay-Gaultois : Personnellement, je n'ai jamais travaillé pour le programme Racines de l'empathie dans des régions urbaines. Mais il est clair que de nombreuses écoles urbaines participent au programme dans la plupart des provinces. Nous avons constaté que la diversité culturelle n'est pas la même dans des contextes ruraux, par exemple, dans les régions rurales de Terre-Neuve.

Le président : Il y a moins de diversité?

Mme Bugay-Gaultois : C'est exact, il y a moins de diversité. En outre, les conditions socio-économiques ne sont pas identiques dans les contextes ruraux, surtout ici à Terre-Neuve. En revanche, les processus de développement de l'enfant sont les mêmes en milieu urbain et rural et nous avons constaté que le programme produit les mêmes résultats, dans une certaine mesure, à Toronto, Vancouver et Terre-Neuve. Les enseignants et les élèves expriment les mêmes taux de satisfaction à l'égard du programme dans tout le pays. En outre, lorsque nous comparons les expériences des élèves et des enseignants de Terre-Neuve à celles d'autres régions, nous constatons clairement qu'elles sont similaires dans l'ensemble. Si je puis me permettre, selon notre expérience ici à Terre-Neuve, les étudiants et les enseignants accordent une meilleure note au programme Racines de l'empathie dans un grand nombre de catégories que ne le font les enseignants et les élèves en milieu urbain.

Le président : Certaines écoles ou certains enseignants ont-ils déjà refusé de participer au programme? Pour ma part, il me semble qu'ils ont tout intérêt à vouloir adhérer au programme. Êtes-vous obligés de dire non à certaines écoles parce qu'il n'y a pas suffisamment de personnes qui peuvent dispenser le

keener than others? This is an interesting place to do that because you have more religious-denominated schools than in other places. Is that an issue?

Ms. Bungay-Gaultois: There are several issues, of course. The Roots of Empathy program operates on many levels. The key is in getting the buy-in from a school board, for example, or the classroom teacher, and in our case the community partner, the Community Youth Network who wants to bring the program to a certain community. There is certainly an interplay of those relationships.

With respect to the limiting factors, there is the cost, as in any program, of bringing that program to an area, having appropriate people trained and having a classroom teacher who is receptive. In our early experiences here in Newfoundland, Community Youth Network absorbed the cost of bringing that program to the province because we believed that once we had a demonstration project to show, in the following cycles we would have more partners who would buy into the cost of implementing the program. That has, indeed, proven to be the case, and we are certainly in a situation now where we need to train more instructors.

However, principals and teachers are coming to us and saying, "We need more Roots of Empathy programs." In my Grade 8 class in Lourdes, for example, the principal reported that the teachers are incorporating some Roots of Empathy issues and programming those into the regular health program. I can also tell you that the sexual practices of young adolescents is changing in that classroom. The teacher will verify that. Young girls who thought that having a baby at the age of 14 and 15 was to have someone to love them, not for them to love the baby, has dramatically changed when they learned that taking care of a child is a very difficult process, and that it is not an easy solution to immediate issues of loneliness and lack of belonging.

The Chairman: I was curious about the lunch you had with your colleagues the other day, who commented on the problems they were having, and the one thing you said they had in common was that they had come from fractured families. Obviously, a number of the people who take your Roots of Empathy program come from fractured families.

Ms. Bungay-Gaultois: A proportion do, for sure.

The Chairman: You did give us some actual research results, but anecdotally, does the program work as well with someone who comes from, what you call the fractured family, as it does with anybody else? In other words, I could understand how it would work in a non-fractured family. I am curious to know whether there is a lesson to be learned, even if the child is already in a fractured family.

programme? Ou, au contraire, constatez-vous que le programme suscite davantage d'intérêt dans certains systèmes scolaires que dans d'autres? Il est très intéressant de se pencher sur ces questions dans votre province parce que vous avez plus d'écoles religieuses qu'ailleurs. Est-ce que cela pose problème?

Mme Bugay-Gaultois : Il y a plusieurs enjeux, bien entendu. Le programme Racines de l'empathie repose sur de nombreux principes. Il faut avant tout recueillir l'appui d'une commission scolaire, par exemple, ou de l'enseignant concerné. En outre, nous avons besoin de la participation d'un partenaire communautaire, le Community Youth Network en ce qui nous concerne, qui souhaite implanter le programme dans une collectivité. Tous ces éléments sont interreliés.

Parmi les facteurs qui restreignent l'importation du programme figurent les coûts, comme c'est le cas pour tous les programmes. En outre, nous devons pouvoir compter sur un personnel formé et sur un enseignant réceptif. Pendant les étapes initiales de l'implantation du programme à Terre-Neuve, le Community Youth Network a assumé tous les coûts parce que nous estimions qu'une fois que le programme aurait fait ses preuves, nous trouverions d'autres partenaires qui seraient prêts à participer au financement. C'est ce qui s'est produit et nous devons actuellement former davantage d'enseignants pour répondre à la demande.

En effet, les directeurs d'école et les enseignants nous disent que nous devons offrir le programme Racines de l'empathie à un plus grand nombre d'élèves. À titre d'exemple, le directeur de l'école de Lourdes, où je travaille avec des élèves de 8^e année, a dit que les enseignants incorporaient certains des principes du programme Racines de l'empathie au programme scolaire régulier en matière de santé. De plus, nous avons constaté que les pratiques sexuelles des jeunes ados de cette classe ont changé. L'enseignant vous le confirmera. Certaines jeunes filles envisageaient la possibilité d'avoir un bébé à l'âge de 14 ou 15 ans pour que ce bébé les aime, et non parce qu'elles voulaient aimer ce bébé. Elles ont complètement changé d'idée lorsqu'elles ont appris qu'il était très difficile de s'occuper d'un nouveau-né et que ce n'était pas une bonne façon de se débarrasser de son sentiment de solitude ou de bâtir un sentiment d'appartenance.

Le président : Vous nous avez dit que l'autre jour vous avez déjeuné avec vos collègues qui vous ont fait part de leurs problèmes et vous avez remarqué qu'il y avait un facteur dont ils ont tous parlé, c'est-à-dire la famille éclatée. Je suppose qu'un certain nombre de personnes qui participent au programme Racines de l'empathie sont issues de familles éclatées.

Mme Bungay-Gaultois : Un certain nombre c'est sûr.

Le président : Vous nous avez déjà donné certains résultats de vos recherches, mais dites-nous, d'après ce que vous avez pu constater, si le programme fonctionne aussi bien pour les personnes issues de ce qu'on appelle les familles éclatées, que pour les autres. En d'autres termes, il m'est facile de comprendre comment fonctionne le programme dans le cas de familles unies, mais j'aimerais savoir dans quelle mesure il est efficace quand les enfants concernés sont issus de familles éclatées.

Ms. Bungay-Gaultois: I would say an immediate yes to that. We have had some cases where some young children who are clearly damaged by life for the first time witness what that bond of love is like and what a difference it can make to a child's life. Mary Gordon tells a story, in her video, of how one child who was in a foster home setting, a number of foster homes, who cuddled a baby after class and asked, "Could you be a good parent if you have never been loved?" Once a child witnesses that miracle, I think it can have a profound effect on their ability to be a good parent later on in life.

Senator Trenholme Counsell: Thank you both for your wonderful presentations.

Dr. LeDrew, you used the word "cure," I believe. That perked up my ears. What is the research, and to which of the psychotic illnesses are you referring?

Dr. LeDrew: That would certainly be a controversial topic. There is a school of thought that it is potentially curable. However, I think there would still be a lot of people who would not necessarily agree with that.

Senator Trenholme Counsell: I want to know the school of thought; I want to know where this research or idea is coming from.

Dr. LeDrew: I think it may come from some of the genetic research that is occurring. Some people are now involved in some genetic research going on at this point, looking at who is at risk, what are the genes, will we be able to identify genes that put us at risk, and then be able to manipulate our genetic risk.

Senator Trenholme Counsell: So we are talking very long term here?

Dr. LeDrew: Right. I guess the other part of the research would be some of the prodromal research. That is very controversial. Some people believe that if we could identify ultra high risk individuals, or individuals who are at genetic risk, and then have certain other risk factors, for example neurocognitive findings and different things like that, and intervene with medication, possibly, or psychosocial interventions, can we actually prevent people from becoming acutely psychotic? In other words, if we intervene on the prodrome, can we actually prevent people from becoming actively psychotic? Prodromal interventions are very controversial at this point, and there is some work being done in the U.S. and Australia. A Canadian group is also working on it at one institution, but certainly there are a lot of ethical issues, and trying to get research like that through HSC is challenging.

Senator Trenholme Counsell: I know a bit about the genetic research in this area, but other than in very scientific circles, I question the use of the word "cure." I commend your work on early intervention, early diagnosis and promoting that message everywhere, particularly among our youth population, but you

Mme Bungay-Gaultois : Je vous répondrai oui, sans hésitation. Nous avons accueilli des enfants malmenés par la vie qui ont découvert pour la première fois ce lien d'amour et l'importance qu'il revêt dans la vie d'un enfant. Dans sa vidéo, Mary Gordon relate l'histoire d'un enfant ayant été déplacé d'une famille d'accueil à l'autre, qui tient dans ses bras un bébé après la fin des cours et qui demande « Est-ce qu'on peut être un bon père ou une bonne mère si on n'a jamais été aimé? ». Quand un enfant a été témoin de ce miracle, ça l'aide énormément à être une bonne mère ou un bon père plus tard.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je vous remercie toutes les deux de vos exposés extraordinaires.

Docteure LeDrew, vous avez parlé de guérison, je crois. Vous avez piqué mon intérêt. Quelle est la nature des recherches dont vous parliez et de quels troubles psychotiques s'agit-il?

Dre LeDrew : C'est une question controversée. Il existe une école de pensée qui veut qu'il soit éventuellement possible de guérir la maladie. Par contre, cette question est loin de faire l'unanimité.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je voudrais savoir à quelle école de pensée vous faites référence. Je veux savoir d'où émanent ces recherches ou cette idée.

Dre LeDrew : Je pense que l'idée émane de recherches génétiques. Il y a des scientifiques qui mènent des recherches en génétique, qui essaient de déterminer quelle est la population à risque, quels sont les gènes qui entrent en ligne de compte pour déterminer s'il est possible d'identifier les gènes qui font que certaines personnes sont plus à risque que d'autres pour ensuite les manipuler.

Le sénateur Trenholme Counsell : Vous parlez donc de quelque chose qui se ferait à très long terme?

Dre LeDrew : Tout à fait. L'autre volet, ce serait la recherche prodromique, qui est très controversée. D'aucuns pensent que s'il était possible d'identifier les individus à très haut risque, ou les individus qui sont à risque en raison de leur constitution génétique, et de déceler d'autres facteurs de risque d'ordre neurocognitif, par exemple, peut-être pourrait-on par le biais de médicaments ou d'interventions psychosociales stopper la maladie avant qu'elle ne se transforme en psychose aiguë. En d'autres termes, si l'intervention se fait pendant la phase prodromique. Est-il possible de mettre un frein aux troubles avant qu'ils ne se transforment en psychose active? Les interventions prodromiques sont très controversées pour le moment, on y travaille aux États-Unis et en Australie. Il y a aussi un groupe canadien qui s'intéresse à cette question dans un de nos établissements, mais il est clair que tout cela soulève beaucoup de questions éthiques et il est difficile de faire accepter ce genre de recherches par la CLS.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je suis plus ou moins au courant des recherches génétiques dans ce domaine, mais à l'exception des cercles purement scientifiques, je ne suis pas convaincue qu'on puisse vraiment parler de guérison. Je vous félicite de votre travail sur l'intervention et le diagnostic précoces

are focusing on the schools more than anything. At this point in time, the research is at a very basic stage, is it not?

Dr. LeDrew: Right, it would be very basic. The other thing that people might think is that if you can treat people in the first episode, can you actually prevent them from having a future relapse, and so prevent the persistent disability down the road?

Senator Trenholme Counsell: That is a little different.

Dr. LeDrew: Yes. It is an interpretation of it, I agree.

Senator Trenholme Counsell: It really caught my attention, but the work is excellent. The very fact that you are, as a community and as a province, focusing on very early detection, diagnosis and intervention is all excellent.

I do know quite a bit about this program, and I met Mary Gordon very early on. There is no question that it is excellent. However, I did not realize that it was charitable, not-for-profit, and so I do want to know about the costs involved. I know how difficult it is for schools to buy anything, so I would like you to explain about the costs, just to interpret a little bit more of this charitable, not-for-profit aspect of it.

There are two other concerns that I have. One was with respect to teenage pregnancy. I know how vulnerable young people are, particularly young women, but not just young women. I know some boys who really feel that their life will be more whole if they become a father. I have dealt with this attitude a lot. I suppose it is too soon to have any statistical evidence on whether you are actually reducing teenage pregnancy, but I would like you to discuss that.

The other thing that I wondered about was to what extent you are involving the fathers in this program, because I think — and if this is feminist, I am not a feminist, but excuse me, gentlemen — that women have a bigger role, and is the challenge to get fathers involved in this whole education of their children and relationships with their children as parents? Those are my three questions.

Ms. Bungay-Gaultois: First of all, when it comes to cost, and indeed you are correct, it is a not-for profit charitable organization and they have staff and they are very much involved in program development, putting together materials that are required in order to train instructors who then go into classrooms to deliver the program. The approximate cost to train 10 instructors for 10 classrooms would be about \$25,000. That would include the materials and having a trainer come in to deliver that training. Then there is an additional cost to bring books and toys to a classroom.

How is this negotiated or managed? It varies, depending on the situation in which the communities find themselves. For example, in our experience on the West coast, where the Community Youth

ainsi que la communication de votre message un peu partout, surtout auprès des jeunes, mais vous mettez surtout l'accent sur les écoles. Ne diriez-vous pas, que pour le moment du moins, les recherches en sont aux toutes premières étapes?

Dre LeDrew : Oui, aux toutes premières étapes. Certains pensent peut-être que si on peut traiter la maladie lors du premier épisode, on peut éviter les rechutes et l'invalidité chronique qu'elles engendreraient par après.

Le sénateur Trenholme-Counsell : Ce n'est pas tout à fait la même chose.

Dr. LeDrew : C'est vrai. Je suppose que c'est une façon d'interpréter la chose.

Le sénateur Trenholme-Counsell : C'est cela qui m'a vraiment frappée. Mais je reconnais que le travail effectué est excellent. Le seul fait que votre communauté et votre province mettaient l'accent sur la détection, le diagnostic et l'intervention ultra précoces est excellent.

Le programme ne m'est pas étranger et j'ai d'ailleurs rencontré Mary Gordon très rapidement. Il est excellent, sans contredit. Par contre, je ne savais pas que c'était un programme caritatif, à but non lucratif, et j'aimerais savoir quels sont les coûts qui s'y rattachent. Je sais à quel point il est difficile pour les écoles d'acheter du matériel et je vous demanderais de nous parler un peu des coûts et de nous expliquer le côté caritatif, c'est-à-dire à but non lucratif.

Je voulais soulever deux autres sujets. Le premier, c'est les adolescentes qui tombent enceintes. Je sais à quel point les jeunes sont vulnérables, surtout les jeunes femmes, mais pas seulement elles. Je connais de jeunes garçons qui pensent que leur vie aurait plus de sens s'ils étaient pères. C'est quelque chose dont on me faisait souvent part. J'aimerais que vous nous parliez de cela, même s'il est trop tôt pour savoir si votre programme permet de réduire le nombre d'adolescentes qui tombent enceintes.

Le deuxième, c'est de savoir dans quelle mesure vous incitez les pères à participer au programme, parce que je pense — si ce que je m'apprete à dire est féministe, je m'en excuse auprès des hommes, parce que je ne suis pas féministe — que les femmes jouent un rôle plus important. Est-ce que c'est difficile de faire participer les pères à l'éducation de leurs enfants et d'assumer leurs relations avec leurs enfants à titre de pères? Voilà donc mes trois questions.

Mme Bungay-Gaultois : D'abord, pour ce qui est des coûts, vous avez raison il s'agit d'un organisme caritatif à but non lucratif pour lequel travaillent des employés qui participent à la conception des programmes et du matériel dont on a besoin pour former les instructeurs qui sont responsables de la mise en pratique du programme dans les écoles. Ça coûte environ 25 000 \$ pour former 10 instructeurs qui se retrouveront dans 10 salles de classe. Ce montant comprend le matériel et la formation dispensée par un professionnel. Il faut ajouter à cela le prix des livres et des jouets dans les salles de classe.

Comment tout cela est-il négocié ou géré? Ça varie, en fonction de la situation des communautés visées. Par exemple, sur le côté ouest, il y a une organisation à but non lucratif, qui est en fait un

Network, again a not-for-profit community organization, decided to absorb a lot of that cost upfront and to have the program delivered so that people could see the benefits.

Then, in turn, during the second cycle you need community partners and that can be government agencies, that can be businesses and it can be schools and school boards or health departments, who then may say, "We would like to train one Roots of Empathy instructor." Or "We would like to make a donation of \$2000, \$3000 towards the cost of the program."

I was really encouraged the other day when speaking to a colleague out in Alberta — and he is director of a school board there. He told me, "We are bringing Roots of Empathy to our district." I said, "How are you managing it?" I mean, that is the first question that everybody asks, since there is money involved. He told me that the Department of Child Services has, in their budget, allocated \$3,000 per training person to have 85 people trained provincially. That is about a \$255,000 commitment from a government department into prevention initiatives because they believe this program will make that type of difference. That is just one approach to developing the program, but certainly there are partnership approaches that would be required, I think, in a province such as Newfoundland and Labrador to make that happen.

Senator Trenholme Counsell: What does it cost for a classroom to have this? Is it \$2,400, \$2,500?

Ms. Bungay-Gaultois: In that range, yes. That would include the training for the instructor, the resource materials and the toys and books that would be part of the instructional tools.

Senator Trenholme Counsell: That would be for how long, one year or two years?

Ms. Bungay-Gaultois: The books and toys last forever, and the instructor who is trained as long as they train, I mean they could be there for a very long time. I have one instructors who has been there now for four years. The cost of the training is \$2,000 per person, so if you average that out over four years, the cost is not significant. I guess the cost becomes significant if the person does not stay after one year and moves on for any variety of reasons; they leave the area, or whatever.

Senator Trenholme Counsell: Apart from the training, is a person paid for undertaking this training?

Ms. Bungay-Gaultois: Just to do some comparison, in Alberta some school boards and sponsors do have an honoraria for the instructors. Other models show professionals — it could be health care professionals — who actually do this as part of their job. In one example, in southwestern Newfoundland, we have a family resource centre worker who actually goes into the classroom as part of her job, but in many other cases, in our experience, it is community volunteers.

Senator Trenholme Counsell: Fathers?

réseau communautaire de jeunes qui s'appelle Community Youth Network, qui a décidé d'assumer la majorité des coûts d'emblée pour que le programme soit offert et que les avantages puissent se faire sentir.

Ensuite, au cours du deuxième cycle, il faut trouver des partenaires communautaires comme des organismes gouvernementaux, des entreprises, des écoles, des commissions scolaires ou encore des ministères de la Santé qui peuvent offrir notamment de former un instructeur dans le cadre du programme Racines d'empathie ou de faire un don de 2 000 \$ ou de 3 000 \$.

L'autre jour j'étais très encouragée par ce que m'a dit un collègue albertain qui est directeur d'une commission scolaire. Quand il m'a dit que le programme Racines d'empathie allait être offert dans son district, je lui ai demandé comment cela avait été possible. Après tout, c'est la première chose qu'on veut savoir puisque c'est une question d'argent. Il m'a répondu que le ministère des Services à l'enfance avait affecté dans son budget 3 000 \$ par personne pour la formation de 85 instructeurs à l'échelle provinciale. Ça veut dire que les initiatives de prévention bénéficient d'un investissement du gouvernement de 255 000 \$, ce qui témoigne de l'importance que l'on accorde au programme. Ce n'est qu'un exemple parmi d'autres pour ce qui est de la mise en place du programme, mais il est clair qu'il faudrait adopter une approche fondée sur le partenariat dans une province comme Terre-Neuve-et-Labrador pour y arriver.

Le sénateur Trenholme Counsell : Combien en coûte-t-il pour doter une classe de ce matériel? Est-ce 2 400 \$, 2 500 \$?

Mme Bungay-Gaultois : Le coût est de cet ordre-là, oui. Cela inclut la formation de l'instructeur, le matériel pédagogique et les jouets et les livres qui font partie de la trousse de matériel didactique.

Le sénateur Trenholme Counsell : Et ce serait pour combien de temps, un an ou deux?

Mme Bungay-Gaultois : Les livres et les jouets durent pour toujours et l'instructeur qui a reçu la formation peut être là pendant très très longtemps, à condition de rafraîchir sa formation. J'ai un instructeur qui est là depuis quatre ans maintenant. Le coût de la formation est de 2 000 \$ par personne de sorte que si vous faites la moyenne sur quatre ans, le coût est minime. J'imagine que le coût peut devenir plus considérable si l'instructeur quitte après un an pour une raison ou pour une autre, parce qu'il quitte la région, ou je ne sais quoi.

Le sénateur Trenholme Counsell : Outre le coût de la formation, la personne qui la suit est-elle rémunérée?

Mme Bungay-Gaultois : En Alberta, par exemple, certains conseils scolaires et commanditaires versent une indemnité aux instructeurs. Dans d'autres cas, des professionnels — il peut s'agir de professionnels de la santé — le font dans le cadre de leurs fonctions. Dans le sud-ouest de Terre-Neuve, nous avons un employé d'un centre de ressources familiales qui agit à titre d'instructeur en salle de classe dans le cadre de ses fonctions, mais nous avons constaté que dans de nombreux autres cas, ce sont des volontaires de la collectivité qui agissent à titre d'instructeurs.

Le sénateur Trenholme Counsell : Des pères?

Ms. Bungay-Gaultois: Fathers are as important a part of the program as mothers. In the Roots of Empathy classroom, every conceivable child care arrangement is demonstrated so that we have examples of two-parent families, moms and dads. In one classroom we had the mom and dad come in regularly to the classroom so that the boys especially could see the importance of nurturing and bonding with the father, as well as with the baby. In some classrooms we had grandmothers come in because they were the primary caregiver of the child. In some classrooms we have same-sex couples coming in because they are also the primary caregivers of their children. In one classroom we have had a father come into a classroom alone because he was providing care for his child in the absence of his partner.

Senator Trenholme Counsell: This is obviously only one part of what you are doing in the Community Youth Network but you have chosen to emphasize that rather than the other things. I wanted to ask you about your youth information centre in the Community Youth Network.

Ms. Bungay-Gaultois: The youth information centre in Port aux Basques?

Senator Trenholme Counsell: Well, I do not know, it just says here "Community Education, Youth Information Centre." I am always interested in these centres because they are challenging to operate but they are important if they work well.

Ms. Bungay-Gaultois: It is a brand new venture for us. We are very excited. It opened in Port aux Basques as of April 1. We have a Community Youth Network staff person who works with youth in the area, but what is really exciting about that project is that a whole array of community partners — again, the concert effort — came together and said, "We need a place for young people to come to get appropriate information on mental health issues, employment, education, general services for youth, and to incorporate a healthy recreational program." When that vision was created by the community, by different players and different departments, a proposal was developed and brought to Human Resources and Skills Development Canada, which really embraced the concept and funded it fully. We have six people who are staffing that organization seven days a week, going from morning to late evening.

It is as yet too early to say how successful it will be. I had a student out there the other day just monitoring the program and he said, "If I ever had an opportunity to work in a place like" — we have now called it the Leap Centre — "that would be my life's work." He said, "The range of visits that you get are just amazing." We suspect that it will be a referral service for students and young people to enable them to drop into a whole range of government agencies to which they would not ordinarily have

Mme Bungay-Gaultois : Les pères jouent un rôle aussi important que celui des mères dans le cadre du programme. Dans une classe de Racines d'empathie, toutes les formes imaginables de services de garderie sont représentées, de sorte que nous avons des familles avec deux parents, des mères et des pères. Dans une classe, la mère et le père venaient régulièrement en classe afin que les garçons, surtout, puissent voir l'importance de rapports chaleureux avec le père et avec le bébé. Dans certaines classes, c'était des grands-mères qui venaient parce qu'elles assuraient les soins de garde d'enfants la plupart du temps. Dans d'autres classes, nous avons des couples de conjoints de même sexe qui venaient parce que c'était aussi eux qui assuraient surtout les soins de garde de leurs enfants. Dans un autre cas, c'était un père qui venait en classe seul parce qu'il s'occupait de l'enfant pendant l'absence du conjoint.

Le sénateur Trenholme Counsell : Ce n'est manifestement qu'un volet de ce que vous faites au sein du Community Youth Network, mais vous avez choisi de mettre l'accent sur ce volet de vos activités plutôt que sur d'autres. J'aimerais que vous me parliez du centre d'information pour les jeunes du Community Youth Network.

Mme Bungay-Gaultois : Le centre d'information pour les jeunes de Port aux Basques?

Le sénateur Trenholme Counsell : Eh bien, je n'en sais rien, c'est indiqué seulement « Éducation communautaire, centre d'information pour les jeunes ». Ces centres m'intéressent toujours parce qu'ils sont toujours difficiles à administrer, mais ils font un travail important quand tout tourne rond.

Mme Bungay-Gaultois : C'est pour nous une toute nouvelle initiative. Nous sommes très emballés. Le centre a ouvert ses portes à Port-aux-Basques le 1^{er} avril. Nous avons un employé du Community Youth Network qui travaille avec les jeunes de la région mais l'aspect le plus intéressant de ce projet c'est que toute une gamme de partenaires communautaires — cet effort concerté, encore une fois — se sont réunis et ont dit : « Il faut qu'il y ait un endroit où les jeunes puissent aller pour obtenir de l'information adaptée sur la santé mentale, l'emploi, l'éducation, les services généraux pour les jeunes et pour participer à un programme récréatif sain ». Quand les divers intervenants communautaires et les divers services ont arrêté cette vision, ils ont élaboré une proposition qui a été transmise à Ressources humaines et Développement des compétences Canada qui a très bien accueilli l'idée et qui a décidé d'accorder le financement requis. Nous comptons six employés qui travaillent sept jours sur sept, du matin jusqu'à tard en soirée.

Il est encore trop tôt pour dire si cette initiative sera couronnée de succès. L'autre jour, un de mes élèves est allé observer le fonctionnement du programme et il m'a dit : « Si j'avais la possibilité de travailler dans un endroit comme cela » — nous l'avons baptisé le Leap Centre — « j'y consacrerai toute ma vie ». Il a ajouté : « La diversité des visiteurs est absolument étonnante ». Nous soupçonnons que ce centre deviendra un carrefour d'information pour les étudiants et les jeunes et leur

access, because often you must to be linked to the health care professionals and the employment service specialists who are available in an area.

The answer to your question is yes, it is very exciting work for us, and we are delighted to be a part of it. In about a year's time I would like to report that it has been a tremendous success and that we have gone full steam ahead.

With respect to your third question about teen pregnancy, it is certainly an issue for us. Teen pregnancy is always an issue in terms of healthy parenting. There is lots of research that shows that the earlier you become a parent, the poorer the prognosis for the child may be, rather than if you were a little bit more mature and you had more supports along your life cycle.

That being said, during the 1980s, with lots of AIDS awareness in our area, we found that some of the teenage pregnancy rates were coming down and I think, if anything, AIDS education accomplished that goal. However, we are not seeing as much awareness around AIDS education in classrooms — I cannot speak nationally; I can only speak about western Newfoundland — and we are discovering that the teenage pregnancy rate is now on the increase again.

There are a number of reasons why young boys and girls want to have children. In the higher grade classrooms, around Grade 8, when many children are sexually active, we have had children who are 14 or 15 years of age becoming parents in schools, and our job then becomes to support them through that process so that they still get a high school diploma and can make normal life transitions. However, they are quickly learning that becoming a parent is a difficult process. I was at a presentation on Roots of Empathy last year with mental health professionals in Corner Brook and in the back of the room, one of the psychologists put up her hand. She said, "I have to tell you a story." I said, "What is that?" She said, "Roots of Empathy is really making a difference." We had no connection before this meeting, and I said, "Okay, tell your story." I did not know what the story was going to be. She said, "I am treating a young boy from a foster care background who has been very sexually active from a very young age, and all he talks about when he comes to see me is the Roots of Empathy classroom, the baby, the parents and how difficult it is, and how he understands that it might have been difficult for his parents to raise him as a young boy, and why he has had as many foster homes as he has gone through in his life. He said, 'I never, ever thought about getting a girl pregnant before. I never gave it any consideration. Now when I have sex, I use a condom.'" You could say that it is changing lifestyles.

donnera accès à toute une gamme d'organismes gouvernementaux auxquels ils n'auraient pas normalement accès parce qu'il faut souvent être liés aux professionnels de la santé et aux spécialistes des services d'emploi qui travaillent dans la région.

La réponse est oui : c'est très emballant pour nous, et nous sommes ravis d'en faire partie. Dans un an environ, j'aimerais vous confirmer que ce fut un succès retentissant et que nous nous sommes lancés dans le projet à pieds joints.

Quant à votre troisième question au sujet de la grossesse chez les jeunes filles, c'est évidemment un problème pour nous et aussi un problème car il est plus difficile pour les adolescentes de jouer sainement le rôle parental. Plusieurs recherches démontrent que plus on a des enfants jeunes, et moins bon est le pronostic pour l'enfant, par opposition à celles qui attendent plus tard pour avoir des enfants et qui ont eu plus de soutien pendant les diverses périodes de leur vie.

Cela dit, lorsque nous avons fait beaucoup de sensibilisation au sida dans notre région au cours des années 80, nous avons constaté qu'il y avait moins de grossesses chez les adolescentes. La sensibilisation au sida a au moins eu cela de bon. Toutefois, on ne fait pas autant de sensibilisation au sida dans les salles de classe de nos jours — je ne sais pas à l'échelle du Canada, mais c'est vrai dans l'ouest de Terre-Neuve — et nous découvrons que le taux de grossesses chez les adolescentes est à nouveau à la hausse.

Il y a plusieurs raisons pour lesquelles les jeunes garçons et les jeunes filles veulent avoir des enfants. Dans les grandes classes, autour de la huitième année, à une époque où un plus grand nombre d'enfants sont actifs sexuellement, certains jeunes de 14 ou de 15 ans deviennent des parents, et nous avons alors pour tâche de les soutenir tout au long de ce passage de leur vie pour qu'ils obtiennent un diplôme d'études secondaires et qu'ils puissent espérer faire la transition vers la vie normale. Toutefois, ces jeunes apprennent rapidement qu'il est difficile de devenir parents. L'année dernière, lorsque j'ai présenté Racines d'empathie à Corner Brook avec des professionnels de la santé mentale, une des psychologues dans le fond de la salle a levé la main pour nous dire qu'elle voulait nous raconter une histoire. Lorsque je lui ai demandé laquelle, elle a répondu que c'était une histoire qui démontrait que Racines d'empathie faisait vraiment une différence. Comme je ne l'avais pas rencontrée avant la réunion, je l'ai autorisée à raconter son histoire, sans savoir ce qu'il en serait. Elle a expliqué qu'elle traitait un jeune garçon qui avait grandi en foyer d'accueil et qui était actif sexuellement depuis son plus jeune âge. Or, chaque fois que ce jeune garçon va la voir, il lui parle de la salle de classe de Racines d'empathie, des bébés, des parents et de la difficulté d'être parent; de plus, il dit comprendre aujourd'hui à quel point cela a pu être difficile pour ses parents de l'élever quand il était petit et comprendre pourquoi il est passé d'un foyer d'accueil à un autre tout au long de sa vie. Ce jeune garçon a avoué ne s'être jamais préoccupé de la grossesse éventuelle de ses petites amies jusqu'à ce moment-là et de n'y avoir jamais accordé d'importance, mais qu'aujourd'hui, il utilisait un condom. C'est tout un changement de vie!

Senator Cook: Thank you for your stimulating presentation. I had the privilege of meeting Mary Gordon, thanks to Senator Cochrane, in Toronto some time ago. She is many things, I know, but she is certainly a woman of vision.

Ms. Bungay-Gaultois: Absolutely.

Senator Cook: Listening to you this morning, you are people with a passion. My concern is that it is a project when the ideal optimum is that it must be an integral program for our young people. Thus I took a look at your funding partners. If one or two or whatever goes down, then you are in crisis.

Ms. Bungay-Gaultois: Absolutely.

Senator Cook: I guess you walk one step at a time, in a lot of ways like most of us do. Because you have an identified constituency, you look at services for youth at risk, or youth living in poverty, so you have your constituency. I am just wondering how you manage to have the message stay with your funding partners, and how you build on it? I am a very structured person. I would like to see this program delivered through health education boards.

Ms. Bungay-Gaultois: That would be the ideal.

Senator Cook: While you are doing wonderful work and you have gone out and made it happen, would it be part of your mandate to ensure that this kind of program becomes an integral part of learning in our schools? Do you think that we could get to that point?

Ms. Bungay-Gaultois: Certainly, on a personal level, I could see myself doing Roots of Empathy work full-time because it takes that degree of effort to make it an integral part of any organization, just as you have schools with teachers and they become critical to delivering educational programs. Absent of that, I guess we must come up with very creative ways to sustain that programming. There is always the likelihood that funding just disappears and that you could lose your programming. I have worked personally on short-term contracts for the last 18 years, so thinking that long-term employment and being an integral part of the programming will make a difference is no guarantee. Sometimes it is the advocates on the outside who have nothing to lose, who just believe in the program, who just make inroads with various organizations to see that it happens.

Is it intensive enough? No, absolutely not. We would love to have a Roots of Empathy program in every school on the West coast. I would love to see it in every school in Newfoundland and Labrador. Native communities are especially longing for the Roots of Empathy programs and are putting resources in place to make that happen as well, because it certainly complements their culture and their understanding.

Le sénateur Cook : Merci de votre exposé des plus stimulants. J'ai eu, grâce au sénateur Cochrane, le privilège de rencontrer Mary Gordon il y a déjà quelque temps à Toronto. Je sais qu'elle a de nombreuses qualités, mais une chose est certaine, elle est une femme de vision.

Mme Bungay-Gaultois : Tout à fait.

Le sénateur Cook : Je vous écoute ce matin, et je vois clairement que vous êtes des gens de passion. Ce qui me préoccupe dans votre projet, c'est que, idéalement parlant, il devrait s'agir d'un programme complet pour nos jeunes. Mais lorsque je regarde vos partenaires qui vous financent, je constate que si l'un ou deux disparaît, c'est la crise.

Mme Bungay-Gaultois : Tout à fait.

Le sénateur Cook : J'imagine que vous y allez une étape à la fois, comme la plupart d'entre nous. Vous, vous avez une clientèle ciblée : vous vous intéressez aux services destinés aux jeunes à risque ou aux jeunes vivant dans la pauvreté. Comment parvenez-vous à transmettre ce message de façon durable à vos partenaires financiers et comment faites-vous pour miser là-dessus? Je suis moi-même très structurée et j'aimerais bien que votre programme soit dispensé par l'intermédiaire des offices d'éducation en matière de santé.

Mme Bungay-Gaultois : Ce serait l'idéal.

Le sénateur Cook : Vous faites du travail magnifique, et vous vous êtes dépensés sans compter pour réussir mais votre mandat ne pourrait-il aller jusqu'à faire en sorte que ce type de programme fasse partie intégrante de l'apprentissage dans nos écoles? Pensez-vous que vous pourriez en arriver là?

Mme Bungay-Gaultois : Personnellement, je me vois fort bien travailler à Racines d'empathie à plein temps, parce que cela exige effectivement tous ces efforts pour en faire un élément intégral de toute organisation, de la même façon que les enseignements sont intégrés aux écoles et qu'ils font partie intégrante des programmes d'éducation. Faute de cela, il nous faudra trouver de façon très créative de faire durer la programmation. Il est toujours possible que les sources de financement se tarissent et que la programmation disparaisse. Sur une note personnelle, cela fait 18 ans que le travail à contrat, pour de courtes périodes, et par conséquent, l'emploi à long terme et l'intégration de la programmation ne constituent pas des garanties que cela fera la différence. Parfois, ce sont les intervenants de l'extérieur qui n'ont rien à perdre mais qui croient sans réserve en nos programmes qui font des percées auprès des diverses organisations et qui font bouger les choses.

Est-ce suffisamment intensif? Certainement pas. Nous serions ravis que toutes les écoles de la côte ouest offrent un programme Racines d'empathie. Nous serions ravis qu'il soit implanté dans toutes les écoles de Terre-Neuve-et-Labrador. Les collectivités autochtones espèrent particulièrement se doter de programmes Racines d'empathie et sont en train d'injecter les ressources nécessaires pour que cela se concrétise, car ce type de programme sert de complément à leur culture et leur vision.

We just need to keep making inroads, and this opportunity today is to let people know about the programming, who may in turn be talking to other people, who may say, "What other resources can be brought to bear, to make sure that early prevention and intervention programs can be more accessible to all children in schools?" I really am convinced that these programs will make a difference with respect to positive life outcomes for children and youth.

Senator Cook: I am sure that they will, and I realize that I date myself when I look for that structural thing, that I want to keep things safe. I know it is the way of society these days that you find your money wherever you can, but I am sure the passion that you have for this project and the research that you are doing will sustain you.

Senator Gill comes from an aboriginal community. I think this is something from which our aboriginal people could really benefit. May I suggest that you go to the Department of Indian Affairs and do a presentation?

Ms. Bungay-Gaultois: I am sure Mary Gordon has that on her agenda.

Senator Cook: Dr. LeDrew, we are accessible because I suppose there are not a lot of us here on this island, with regards to people. You are the clinical director and you also teach at MUN, or Memorial University. Would you help me understand how big your staffing model is and whether there is someone at our one care hospital 24/7, or is there someone on call?

The other thing I am looking at here, and it jumped out of your presentation, is that you are funded by the health care corporation and a pharmaceutical company. What kind of money did the pharmaceutical company put up — and if that is an inappropriate question, I do not mind you not answering it — for this program?

The other thing I wanted to ask you about is that you said that you deliver your program out of the Waterford, and that that presents challenges. I jumped to a conclusion, so perhaps we could have a conversation about it. Does that reinforce the stigma of mental illness because you are housed in the Waterford? Those are my questions.

Dr. LeDrew: Those are interesting questions. Initially, when we started, it was a pilot program. We had to, sort of, prove our worth and we were allowed, as part of our positions through the university and the health care corporation — myself and Dr. Hogan — to start to develop this program. We also had a nurse, so it was just the three of us. We did receive some money through pharmaceutical companies in the form of unrestricted educational grants — that was when, I think, the pharmaceutical industry was at a different place than it is right now. We received funding of about \$50,000 from each of three pharmaceutical companies to hire a nurse, provide training for various people and set up a data base. In total over three years, I think we got about \$250,000, or around that, to set up and develop a data base, to develop the research, to hire a couple of people and to do the

Il faut continuer à percer des brèches, et vous nous fournissez aujourd'hui l'occasion de faire connaître nos programmes, de sorte que ceux qui en entendent parler en parleront peut-être à d'autres qui se demanderont à leur tour quelles autres ressources peuvent être exploitées pour que les programmes de prévention et d'intervention précoces soient inaccessibles à tous les enfants dans leurs écoles. Je suis convaincue que ces programmes permettront d'assurer un avenir plus rose à nos enfants et à nos jeunes.

Le sénateur Cook : J'en suis convaincue, et je vois bien que je ne me rajeunis pas lorsque je parle de structurer les choses pour que tout se déroule bien. Je sais qu'aujourd'hui, dans notre société, on va chercher l'argent où l'on peut, mais je suis sûre que la passion que vous montrez à l'égard de ce projet et la recherche effectuée vous permettront de durer.

Le sénateur Gill provient d'une collectivité autochtone. Je suis sûre que ce type de programme pourrait profiter grandement à nos peuples autochtones. Puis-je vous suggérer d'aller le présenter au ministère des Affaires indiennes?

Mme Bungay-Gaultois : Je suis sûre que Mary Gordon a cela de prévu à son agenda.

Le sénateur Cook : Docteur LeDrew, si nous sommes accessibles, c'est sans doute parce que la population de l'île n'est pas très nombreuse. Vous êtes directrice clinique et vous enseignez également à l'Université Memorial. Pouvez-vous m'aider à comprendre votre modèle de dotation en personnel pour que je sache si l'on a suffisamment de gens pour qu'il y ait au moins un employé présent 24 heures sur 24 sept jours sur sept à notre seul hôpital ou si quelqu'un peut répondre aux appels.

Il y a une autre chose qui m'a sauté aux yeux au cours de votre exposé : Vous êtes subventionnés par une société de soins de santé et par une compagnie pharmaceutique. Si vous trouvez que ma question est inconvenante, vous pouvez ne pas y répondre, mais j'aimerais savoir comment la compagnie de produits pharmaceutiques finance votre programme?

Vous avez dit également que vous dispensiez votre programme à partir de Waterford, ce qui présente en soi un défi. J'ai sauté moi-même à cette conclusion, et peut-être que nous devrions en parler justement. Le simple fait que vous soyez logé à Waterford ne vient-il pas renforcer le stigmate de la maladie mentale? Voilà ma question.

Dre LeDrew : Vos questions sont intéressantes. Lorsque nous avons commencé, il s'agissait d'un programme pilote. Nous avons dû démontrer la valeur de notre programme et le Dr Hogan et moi-même avons eu la permission d'élaborer et de lancer le programme, grâce aux postes que nous occupions à l'université et à l'administration des soins de santé. Comme nous nous étions adjoint les services d'une infirmière, nous étions trois. Certaines compagnies pharmaceutiques nous ont effectivement financés sous forme de bourses d'éducation non affectées — c'était à l'époque où l'industrie pharmaceutique n'était pas dans la même situation qu'aujourd'hui. Nous avons reçu environ 50 000 \$ de chacune des trois compagnies pharmaceutiques en question pour embaucher une infirmière, former diverses personnes et monter une banque de données. Au cours des trois ans, je crois que nous

training. Subsequent to that, we did not receive any further funding from pharmaceutical companies, and all our positions are now funded entirely through the health care corporation.

We have now been given a provincial mandate so that we are able to service people outside of the St. John's area. Initially, we were just allowed to provide case management services to people in St. John's, but as physicians we were still seeing people in Corner Brook and Ramea, or wherever. We were providing a different service to people outside of St. John's than we were providing to people inside St. John's. However, we are now an eastern regional service as well, so we are no longer just a service for St. John's.

In terms of staffing right now, we do have a number of designated people just for the early psychosis program in terms of case managers, a family worker and a program coordinator. We also have a number of part-time people who work with our program, quarter-time or half-time, but also work with other mental health programs. We are always trying to get pieces of people. There are not a lot of new resources that come into our program because, ultimately, all of these clients who have psychosis, they have always been in the community and these mental health workers have had to provide them with services. In other words, it is just a reorganization of the services that we provide.

In terms of funding, right now that is done mainly through the health care corporation, and we also have some funding through the Western Board for one nurse to provide a satellite service to link with our program here.

Your other question with respect to the Waterford hospital is certainly an issue. Initially, when we started, my university position was through the Waterford Hospital, I guess, as was Dr. Hogan's, and the health care corporation gave us the space there and the administrative support, so the pharmaceutical companies did not provide the funding for that. Thus we were based and operating out of the provincial psychiatric hospital. That certainly does provide challenges because most early psychosis programs that are around are based in the community, and that is done so that there is an attempt to de-stigmatize mental health. A lot of youth services are provided in the community in a user-friendly way, at the mall or in a nice street, a nice house or whatever, but we were in the Waterford.

The Waterford in Newfoundland does carry a stigma in itself. It was called "the Mental," and there are a lot of older myths and different things that that carries with it. We have tried to protect and isolate the program in terms of where we are situate, and we have made it a very nice, pleasant space and people just sort of come right up the elevator and you come in and you are isolated.

avons reçu au total 250 000 \$ environ, en vue de mettre sur pied la banque de données, de monter les travaux de recherche, d'embaucher deux personnes et de faire la formation. Après, les compagnies pharmaceutiques ont cessé de nous financer, et tous nos postes sont aujourd'hui financés entièrement par l'administration des soins de santé.

Nous avons maintenant un mandat de la province qui nous permet de desservir des patients à l'extérieur de la région de St. John's. Au départ, nous pouvions uniquement offrir des services de gestion de cas aux patients de St. John's, mais nous pouvions toujours recevoir à titre de médecins des patients à Corner Brook et Ramea, ou ailleurs. Nous fournissons aux gens de l'extérieur de St. John's des services différents de ceux que nous fournissons aux habitants de St. John's. Toutefois, nous offrons aujourd'hui également le service dans la région est, et nous débordons de la capitale.

Pour ce qui est de notre personnel, nous avons des gestionnaires de cas, une travailleuse familiale et un coordonnateur de programme qui sont désignés et qui s'occupent particulièrement du programme de psychose précoce. D'autres personnes travaillent également à quart-temps ou à mi-temps pour notre programme et aussi pour d'autres programmes de santé mentale. Nous sommes toujours intéressés d'avoir des gens à temps partiel. Nous n'obtenons pas beaucoup de nouvelles ressources pour notre programme, puisque tous nos clients qui souffrent de psychose en bout de ligne, ont de tout temps été intégrés dans une communauté et, par conséquent, les travailleurs en santé mentale les ont desservis. Autrement dit, on parle ici d'une réorganisation des services que nous fournissons.

Pour ce qui est du financement, il nous est fourni à l'heure actuelle principalement par l'administration des soins de santé; mais nous obtenons également certains fonds du Western Board pour embaucher une infirmière qui fournit le service par satellite en lien avec notre programme d'ici.

Vous avez raison de poser la question au sujet de l'Hôpital Waterford. Lorsque nous avons commencé, ma charge universitaire était dispensée par le truchement de l'Hôpital Waterford, tout comme c'était le cas pour le Dr Hogan, je crois. L'administration des soins de santé nous fournissait l'espace et le soutien administratif là-bas, et les compagnies pharmaceutiques ne nous donnaient rien. Nos opérations étaient donc basées à partir de l'hôpital psychiatrique de la province. Cela pose évidemment un défi, puisque la plupart des programmes de détection des psychoses sont inscrits dans la collectivité, et s'il en est ainsi, c'est parce que nous cherchons à déstigmatiser les troubles mentaux. Nombre des services pour les jeunes sont dispensés dans la collectivité de façon conviviale, dans les centres commerciaux ou dans de jolies rues, dans de jolies maisons, peu importe où, mais nous, nous étions à Waterford.

L'Hôpital Waterford de Terre-Neuve charrie lui-même un stigmatisme; on l'appelait d'ailleurs l'hôpital des fous, et son nom charrie toutes sortes de mythes et d'idées préconçues. Nous avons tenté de protéger et d'isoler le programme grâce à son emplacement, et nous avons fait de celui-ci un endroit très joli et très agréable : les gens y parviennent dès leur sortie de

However, for young people, it can be very traumatic to have to come to a provincial psychiatric hospital. When you come in, you do see people who have lived with psychiatric illness for quite some time and are still on older medications that have disabling side effects, and it can be quite scary. It is very traumatic at times, and sometimes it is actually more traumatic for the families, probably, the parents of the patients, than it is for the young people themselves.

We have tried very hard to work with that, and it is a challenge. Oftentimes people do not want to come, so we would like to have a mobile crisis team that we could go out to their houses and deal with them out there. Eventually, once people come in and get to know us, they love it and they have no problem with it, but it is initially getting the people through the door that is very challenging with respect to the Waterford.

When it comes to early psychosis, stigma itself is very difficult. One of the premises of early psychosis is that, as mental health professionals, I think sometimes we, too, can be stigmatizing. Perhaps even the language you use creates problems — and we are very careful with that — because sometimes mental health professionals use stigmatizing language, and so people “live” with mental illness: You are not a schizophrenic; you live with schizophrenia; you live with psychosis. Even the language that you use is very important when you work in early psychosis because there is a realistic optimism and there is hope, and we work really hard with that. However, even if you are in our program and sheltered, you can step outside the door and someone might say something to you that just totally undoes everything that we have just attempted to try not to stigmatize. It is a challenge, and we would like to move to the community, but it is very difficult at this point without additional resources.

Senator Cook: Yes, you go where space is available. I served on the General Hospital Board and then became a part of what was referred to locally as the “Mega Board.” We were told that we were to meet at the Waterford, and some people just kind of looked. Nothing was said, but the message was clearly there: We are going to the Waterford.

I want to commend you on your initiative, and I hear from your peers that you are doing wonderful work. You did not answer the question about 24-7. Are you on call, or what happens there?

Dr. LeDrew: Right now, the way that we are set up, our services are from 8 to 5, Monday to Friday, but there is coverage through the mental health services in the city. Right now, there is a psychiatrist always on call, the short stay and a psych assessment unit. For the most part, we are able to provide services in the way that we are set up. I am on a city on-call schedule as well. For the most part, we can manage our clients. We try to manage them within our program, and very rarely do

l'ascenseur et se sentent isolés du reste de l'hôpital. Mais pour les jeunes, cela peut évidemment être très traumatisant d'avoir à se rendre dans un hôpital psychiatrique de la province. En effet, dès l'entrée, on côtoie des gens qui vivent depuis déjà un certain temps avec des maladies psychiatriques, et qui continuent à prendre les anciens médicaments qui avaient des effets secondaires débilissants, ce qui peut faire peur. Cela peut être très traumatisant parfois, mais j'avoue que c'est sans doute plus traumatisant pour les familles et sans doute les parents des jeunes patients, que pour ceux-ci.

Nous nous sommes beaucoup efforcés à surmonter cet obstacle. Les gens qui auraient besoin de nos services ne veulent pas toujours venir à notre centre et nous aimerions pouvoir envoyer sur place une équipe mobile d'intervention en cas de crise. Une fois que les gens viennent au Waterford, ils sont ravis, mais c'est de les amener à venir une première fois qui est difficile.

La stigmatisation liée aux cas de psychose précoce constitue en soi un très grand obstacle. Je crois que les professionnels de la santé mentale contribuent peut-être eux-mêmes parfois au problème. La stigmatisation peut se refléter dans la terminologie qu'on utilise. Il arrive parfois que les professionnels de la santé mentale eux-mêmes n'utilisent pas la bonne terminologie. Au lieu de parler d'une personne schizophrène, nous parlons de personnes vivant avec la schizophrénie ou vivant avec la psychose. Dans les cas de psychose précoce, il importe de ne pas utiliser une terminologie qui pourrait créer une stigmatisation étant donné que les personnes vivant avec ce problème ont de bonnes chances de vivre une vie normale. Nous pouvons offrir un environnement protecteur aux personnes qui participent à notre programme, mais lorsqu'elles quittent notre centre, quelqu'un peut leur tenir des propos qui créent une stigmatisation et qui vont à l'encontre de tout ce que nous avons essayé d'accomplir. C'est un véritable problème. Nous aimerions faire de la sensibilisation auprès de la collectivité, mais nous manquons pour l'instant de ressources.

Le sénateur Cook : Oui, il faut répondre aux besoins les plus urgents. J'ai fait partie du conseil d'administration de l'Hôpital Général et ensuite de ce qu'on a appelé à l'échelle locale le méga conseil d'administration. On nous a dit que nous allions nous réunir au Waterford et bien que personne n'ait dit quoi que ce soit, le message était très clair.

J'aimerais vous féliciter pour l'initiative que vous avez mise en œuvre et dont vos pairs disent beaucoup de bien. Vous ne nous avez pas dit si vous offrez des services 24 heures par jour et sept jours par semaine. Êtes-vous disponibles en tout temps, et si non, qu'est-ce qui existe?

Dr LeDrew : Nous offrons actuellement des services de 8 heures à 17 heures du lundi au vendredi, mais des services peuvent être obtenus en tout temps par l'entremise des services de santé mentale de la ville. Un psychiatre est actuellement toujours de service et nous avons un service de brefs séjours ainsi qu'un service d'évaluation psychologique. Nous pouvons dans l'ensemble répondre aux besoins. Les services de santé mentale de la ville peuvent aussi faire appel à moi à certains

our clients end up going to emergency because they can usually get in within 24 hours of seeing me or Dr. Hogan or seeing our case manager. We manage it pretty well like that so that very rarely do they end up in emergency, although sometimes they do. We do not provide a pure on-call service, because of shortages. There is only myself and Dr. Hogan. We do not do one and two on call; we use the city on-call services.

Senator Cook: Mr. Chair, we have not talked very much around this table about the contribution that pharmaceutical companies play in this whole delivery of health care. The many pilot projects that they are funding cause good things to happen. However, as I said to Ms. Bungay-Galton, we must move beyond projects into programs if we are to make a lasting change in the lives of people. I firmly believe that there have to be programs and in that way there is a kind of protection for it. I thank you both.

Senator Cordy: I would like to go back to the issue of stigma, particularly with regard to teenagers who are not undergoing any mental illness or pressures but who very often have difficulty with low self-image and a lot of insecurities. When you are dealing with teenagers who are suffering from a mental illness, I am just wondering if in fact part of your treatment or dealings with them is on how to deal with how society relates to people suffering from a mental illness?

Dr. LeDrew: Yes, we actually do a lot of work with that, and we do have some groups for individuals. We are fortunate because the early psychosis movement itself has done a lot of work from that angle, so we have a lot of educational materials that we can use. However, it is important that our team be consistent in what we do because if one team member is saying something totally different from what the other team members are saying, it can, in itself, perpetuate stigma. Thus we are very careful in what we do.

I will give you an example. I had a patient with whom I was sort of working a lot with, and he was really resistant in not taking the pills, that he did not believe that he was ill and the whole bit. One day I just sat down with him and I said, "What is your understanding of why you come to see me? Why are you so angry all the time?" and he said, "Well, you just said I am a psycho." I said, "I never said you were a psycho. I said you had psychosis." You just have to be so careful in everything, because what you say and what people actually hear are sometimes totally different things. It is a lot of work and I am so careful with all the words that I use. You find that you have to go over and over it with the patient.

Also, I think it must come in so many different forms: from the doctor, from the case manager, from the groups, from the information that you give. Thus I am even careful in what pamphlets I give to them, from the different pharmaceutical companies or whatever, because people have to be ready to accept certain things. As a team, we are very consistent in what we say. However, I do think that, in terms of stigma, education

moments. Nous arrivons dans l'ensemble à gérer nos cas. Nous essayons de le faire à l'intérieur de notre programme et il est très rare que nos clients se retrouvent à l'urgence parce qu'ils peuvent habituellement dans un délai de 24 heures me voir, voir Dr Hogan ou voir notre gestionnaire de cas. Il est donc très rare, bien que cela se produise, que nos clients se retrouvent à l'urgence. En raison du manque de ressources, nous ne pouvons cependant pas offrir un service en tout temps. Nous ne sommes que deux, le Dr Hogan et moi-même. Nous devons donc recourir aux services de la ville.

Le sénateur Cook : Monsieur le président, nous n'avons pas beaucoup parlé de la contribution des entreprises pharmaceutiques dans le domaine de la santé mentale. Les nombreux projets pilotes que ces entreprises financent donnent de bons résultats. Comme je le disais cependant à Mme Bungay-Galton, nous devons passer des projets aux programmes pour aider les gens de façon durable. Je crois fermement que nous devons mettre en place des programmes pour vraiment aider ces personnes. Je vous remercie.

Le sénateur Cordy : J'aimerais revenir à la question de la stigmatisation et je songe notamment au fait que cela empêche des adolescents de demander de l'aide par crainte de cette stigmatisation. Il peut s'agir d'adolescents qui n'ont pas de maladie mentale, mais qui ont une mauvaise estime de soi et qui se sentent très inquiets. Lorsque des adolescents qui souffrent de maladie mentale s'adressent à vous, ne devez-vous pas les aider à savoir comment faire face à la perception de la société à l'égard des personnes atteintes de maladie mentale?

Dre LeDrew : C'est effectivement le cas et nous avons constitué des groupes pour venir en aide aux adolescents. Nous sommes chanceux, car il y a eu beaucoup de travail dans le domaine de la psychose précoce et nous disposons donc de beaucoup de matériel éducatif. Il faut cependant que les membres de notre équipe accordent leurs violons pour éviter que cette stigmatisation se perpétue. Nous faisons donc très attention à ce que nous faisons.

Permettez-moi de vous donner un exemple. Je travaillais avec un patient qui ne voulait vraiment pas prendre ses médicaments et qui ne reconnaissait pas qu'il était malade. Un jour, je lui ai demandé pourquoi il pensait qu'il venait me voir et pourquoi il était toujours en colère. Il m'a dit que je lui avais dit qu'il était psychotique. Je lui ai dit que je ne l'avais jamais dit et que ce que j'avais dit, c'était qu'il avait une psychose. Ce que nous disons et ce que les gens comprennent n'est pas toujours la même chose. Je fais très attention aux mots que j'utilise. Il faut répéter continuellement la même chose aux patients.

Il faut aussi que le médecin, le gestionnaire de cas, les groupes ainsi que le matériel d'information transmettent le même message. Je fais donc très attention aux brochures que je remets à mes patients et qui peuvent provenir d'entreprises pharmaceutiques ou d'autres organismes. Notre équipe s'entend là-dessus. Les campagnes d'éducation publique peuvent aider à contrer le problème de la stigmatisation. Un

campaigns are very important, and the B.C. group has done a lot of work in terms of Psychosis Sucks, a campaign that is really targeted at young people to make it more acceptable. The Australians do really good work but if you want to look at a Canadian standard, the B.C. group has really done a lot of good work.

I just had a client recently who realized he has psychosis because somehow one of our parents had some information and put it up in the school, and it was a "Psychosis Sucks" poster that said, "Look," so and so "I think you got that." And so the friend actually told his friend that he thought he had psychosis, and he did. That result came from reading the poster, so these kind of things actually do work. It is not really reinventing the wheel because it is all out there. It is just that you have to have some funding in order to be able to disseminate that kind of information throughout the province. We need the funding, and some help to be able to disseminate some of this information, because it is really all there. Stigma is something that we work on because self-stigmatization is certainly a big problem in this particular group of people.

Senator Cordy: I was really interested also when you said that one facet of your program is dealing with families. I was an elementary school teacher for 30 years and, certainly, families can also find themselves in crisis when one of their children is suffering. Then it seems that the whole family suffers. Could you explain what your program for families involves?

Dr. LeDrew: We are a little different than some of the programs in Canada. We model ourselves after Calgary versus some of the other ones in Ontario. We actually have a particular person assigned just for families. In mental health, for a long time in my opinion, families were excluded; you could not get information, you could not figure out what was going on. Right from the beginning, then, families are included. Individuals may not consent to having a release of information but that does not mean that the family has to be excluded. The family can still receive education types of support without breaching confidentiality. Thus, whoever the person assigns as their primary support can still have access to our family worker, even if the client says, "You know what? Do not tell my mother anything. Do not tell her anything." The families can still have access to information around psychosis, the Mental Health Act and different things like that.

At times when the client will not come in, the only person that I have been able to have contact with, or a family worker has contact with, is the mother or the father or both. When the client comes in, they do not just come to see the doctor, the traditional model; he gets the team. In other words, you cannot see me without seeing everybody else, that sort of thing. When you come in, you have the team; you get the case manager, you get the family worker and then the other things, depending on your situation. You come in, you meet me, you meet your case manager and you meet the family worker. The families get as much or as little as they need, but most times families are in crisis, and in the acute phase they may get a lot of individual work and then, as the person recovers, the families may need support and so

groupe en Colombie-Britannique a lancé une campagne ciblant les jeunes qui s'appelait « Psychosis Sucks ». Le but de la campagne était de faire accepter aux jeunes le fait que certaines personnes peuvent souffrir de psychose. On fait aussi de l'excellent travail de sensibilisation en Australie. Le groupe de la Colombie-Britannique fait du travail semblable au Canada.

Je viens de commencer à voir un client qui s'est rendu compte qu'il souffrait de psychose parce qu'un de ses amis a dit qu'il pensait qu'il avait cette maladie. C'est parce qu'un parent a mis une affiche de la campagne « Psychosis Sucks » à l'école. C'est donc en raison de cette campagne que cette personne s'est rendu compte qu'elle avait la psychose. Il ne s'agit pas de réinventer la roue. Il faut cependant avoir le financement voulu pour diffuser cette information dans toute la province. L'information existe. Il nous faut simplement des fonds pour pouvoir la diffuser. L'autostigmatisation est certainement un grand problème parmi cette population.

Le sénateur Cordy : Vous avez dit aussi que le travail auprès des familles constitue une composante de votre programme. J'ai enseigné au niveau élémentaire pendant 30 ans et je sais que les familles connaissent parfois des crises lorsque leurs enfants souffrent. Toute la famille souffre alors. Pourriez-vous nous parler de votre travail auprès des familles?

Dr LeDrew : Notre programme n'est pas comme tous les autres programmes au Canada. Nous nous inspirons d'un programme mis en œuvre à Calgary et non pas des programmes qui existent en Ontario. Un membre de notre équipe travaille seulement auprès des familles. Pendant trop longtemps les familles ont été exclues dans le domaine de la santé mentale. Il était impossible aux familles d'obtenir l'information voulue. Les familles participent à notre programme dès le départ. Même si le parent refuse que nous divulguions l'information le concernant, cela ne signifie pas qu'il faut exclure la famille. Il est possible d'aider la famille tout en respectant l'exigence de confidentialité. La personne qui est le soutien principal du patient peut avoir accès au membre de notre équipe qui intervient auprès des familles même si le patient refuse que nous divulguions des renseignements personnels le concernant à sa mère, par exemple. La famille peut obtenir de l'information sur les sujets comme la psychose et la Mental Health Act.

Lorsqu'un client m'est adressé, la seule personne avec laquelle je peux communiquer ou avec laquelle le travailleur social peut communiquer, c'est la mère ou le père du patient ou les deux. Le patient ne voit pas simplement le médecin comme dans le modèle traditionnel, mais il voit toute l'équipe. Autrement dit, on ne peut pas me voir sans voir tous les autres membres de l'équipe. Le patient voit donc le gestionnaire de cas, le travailleur social et d'autres personnes selon ses besoins. Les familles reçoivent autant d'aide qu'elles ont besoin, et habituellement, elles ont besoin d'aide parce qu'elles traversent une crise. Lorsque le patient se rétablit, la famille peut avoir besoin de soutien. Au moyen de conférences téléphoniques, nous essayons actuellement de permettre à toutes les familles de Terre-Neuve de participer à

there are groups that they can go to. We are actually trying to link up our families across Newfoundland using audio conferencing right now. Ideally, we would like to have video conferencing because even people in the smallest parts of Newfoundland can actually hook up and get support through their libraries, through their town hall or through various other places. That is the newest thing that we are sort of working on, our support groups for families.

Every family has access to support because, ideally, the primary support for the individual is their family. These are new people coming into a system and unfortunately, like so many of the people that I see in the general practice, their illness and the results of their illness have been that they have isolated themselves from their families and have lost their families. We try to keep the person functioning within the context of their family. I think many times we underestimate the burdens that are placed on families. If you want to look at the cost of mental illness, oftentimes we underestimate the indirect cost of mental illness. Many of these mothers — and oftentimes it is the mother — have had to take time off work. I have had to give numerous notes for mothers who had to take time off work to stay home so that the son does not have to go into the hospital. They do not want to leave him because they are afraid something will happen. The indirect cost on families is very much underestimated, so we actually have someone just assigned to work with families.

Senator Cordy: I was wondering, Ms. Bimgay-Gaultois, about your program. It sounds absolutely wonderful to me, having been a teacher. I am just wondering how difficult it is to get school boards to buy into the program?

Ms. Bungay-Gaultois: My personal experience is that the school boards, once they see the benefits of the program, buy in readily to the program. That has not been our experience everywhere, but as Roots of Empathy grows — and the research is showing that it is really making a difference and that classroom teachers are reporting that the classroom environment is changing, that children's behaviour is changing — the word is spreading. Principals talk to principals and superintendents talk to superintendents, and the word is getting around that, "You need to take a closer look at this." In the five years that Roots of Empathy has come on the scene, on the Canadian landscape, we are discovering that there is more of an interest in Roots of Empathy now, of course, than before because of the number of programs now existing, but mainly because of the communication.

Our program really supports all of the research, the biological and neuroscience research for early experiences and how taking care of an infant in the early years of life can be a platform for what happens later on in life, and because that research supports the program, it is a perfect match. Yes, I think school boards, generally speaking, are more open to this program and are embracing it. The big question still comes down to is: how can we afford to have this program?

un échange. Nous aimerions idéalement pouvoir organiser des vidéoconférences parce que même lorsqu'elles vivent dans une région éloignée de Terre-Neuve, les familles peuvent avoir accès à ce moyen de communication à la bibliothèque, à l'hôtel de ville ou à un autre endroit. Ces groupes de soutien pour les familles constituent notre dernière initiative.

Chaque famille a accès à du soutien parce que le soutien principal du patient devrait être sa famille. Ce sont de nouveaux intervenants dans le système parce que comme beaucoup de personnes que je vois dans ma pratique générale, les patients ont perdu contact avec leur famille en raison de leur maladie. Nous essayons de faire en sorte que le patient puisse se réintégrer à sa famille. Nous sous-estimons parfois ce que la maladie mentale d'un des membres de la famille signifie pour l'ensemble de la famille. Il arrive souvent que la mère se soit absentée de son travail. J'ai souvent dû donner des notes à des mères qui devaient justifier leur absence du travail et qui étaient restées à la maison pour que leur fils n'ait pas à être hospitalisé. Ces mères ne veulent pas quitter leur fils parce qu'elles craignent qu'il lui arrive quelque chose. On sous-estime donc le coût indirect des maladies mentales pour les familles. Voilà pourquoi notre équipe compte une personne qui travaille auprès des familles.

Le sénateur Cordy : Madame Bungay-Gaultois, je m'interrogeais sur votre programme. Étant une ancienne enseignante, je trouve qu'il semble fantastique. Est-il difficile d'amener les conseils scolaires à participer au programme?

Mme Bungay-Gaultois : Une fois qu'ils comprennent les avantages du programme, les conseils scolaires y souscrivent. Ce n'est pas le cas de tous les conseils scolaires, mais de plus en plus de conseils scolaires y participent volontiers compte tenu du fait que Roots of Empathy prend de l'ampleur et que ses résultats deviennent de plus en plus manifestes. Les directeurs d'école parlent à d'autres directeurs d'école et les surintendants font de même. Roots of Empathy existe maintenant au Canada depuis cinq ans et il suscite de plus en plus d'intérêts parce qu'il se répand dans le pays mais aussi parce qu'il est maintenant mieux connu.

Notre programme est favorable aux recherches biologiques et neurologiques qui ont lieu à l'heure actuelle et qui font ressortir l'importance des premières années de vie dans le développement ultérieur de l'enfant. Comme notre programme s'appuie sur ces recherches, on peut dire que c'est un mariage très réussi. Je pense qu'on peut dire que l'ensemble des conseils scolaires sont maintenant favorables au programme. La grande question c'est évidemment comment nous pouvons financer sa mise en œuvre.

Senator Cordy: My understanding is that you have instructors who go into the schools to teach the program, but is there follow-up for teachers to do with the students? You have instructional toys, tools and books, but do those materials stay with the classroom or does the instructor take them away?

Ms. Bungay-Gaultois: The instructor basically takes them from the classroom, but occasionally there are times when a book is left behind, when the teacher wants to re-read it to the class. The links to the curriculum are through art and in writing projects, so again, even though the lesson may concentrate on a specific theme, such as a child's temperament for example, then what a supporting teacher will do is take that theme and let us see what we can do with it in terms of creating art in our art class, or let us create some music around that. We have children writing songs, creating poetry, drawing pictures, writing letters home to baby, talking about what they learned from the baby today. The answer to your question is yes, it is certainly transferring across the curriculum.

Senator Cordy: Is there a program for teachers, that is left behind with the teachers, or is it just up to the individual teacher how they would follow up on what has been done in the classroom?

Ms. Bungay-Gaultois: No, there is not a program that is left behind with teachers. I guess the program evolves by meeting the teacher at the beginning of the school year and the teacher being given an overview of the program. The teacher is then part of the cooperative strategies for delivering that program in the classroom. Then, as you say, it is up to the teacher to be looking at opportunities and avenues through which to integrate that program into the curriculum.

Senator Cordy: How difficult is it to get a parent with a baby to commit to that amount of time in schools?

Ms. Bungay-Gaultois: In some rural Newfoundland communities there are no babies, and that is the number one problem. We have had to close down two programs because of that. That is unfortunate. In other communities, again because people communicate about a good thing, the word goes out. We will have two or three pregnant moms come to us in the spring of the year and say, "I want my baby to be the Roots of Empathy baby next year." It is not only because they want to be part of the program, and that there is a commitment — I mean, a mom and a baby, or a dad and a baby, or a grandmother and baby are coming to the classroom once a month for nine months through the school year — they also realize that the child is adopted by the students, and in a small community the baby becomes a celebrity. Thus when a mom or a dad or both are walking down the street with baby Jordan, for example, you have lots of children coming up and saying, "That is our baby; that is our baby." There is a big socialization element, and many parents with just one child now want opportunities to help their children socialize. I have talked to lots of moms who say, "My child is so outgoing after one year," because they have been going to a school with 20 or 30 children, that they are not scared of anybody and that they love children and want to be around children.

Le sénateur Cordy : Je crois comprendre que vous avez des moniteurs qui vont parler du programme dans les écoles, mais j'aimerais savoir si un suivi est fait par les enseignants auprès des élèves? Vous avez des jouets éducatifs, des outils et des livres, mais ce matériel demeure-t-il dans la classe ou le moniteur le ramène-t-il?

Mme Bungay-Gaultois : Le moniteur ramène habituellement le matériel, mais il arrive parfois que l'enseignant demande qu'on lui prête un livre parce qu'il veut le relire avec les élèves. Nous faisons le lien avec le programme scolaire dans le cadre des projets en art et des rédactions. La leçon peut porter sur un thème en particulier comme le tempérament de l'enfant et l'enseignant voit ensuite s'il ne peut pas confier aux élèves un travail en art ou en musique sur ce thème. Il y a des enfants qui écrivent des chansons, composent des poèmes, font des dessins, écrivent des lettres et discutent de ce qu'ils ont appris. La réponse à votre question est oui. Ce que nous offrons se reflète dans le programme scolaire.

Le sénateur Cordy : Y a-t-il un programme de suivi qui s'adresse aux enseignants ou s'en remet-on à chaque enseignant pour assurer un suivi?

Mme Bungay-Gaultois : Il n'y a pas de programme de suivi destiné aux enseignants. Nous rencontrons l'enseignant au début de l'année scolaire et nous lui donnons un aperçu du programme. L'enseignant participe ensuite à la mise en œuvre de la stratégie d'exécution du programme. Il incombe ensuite à l'enseignant de trouver des façons d'intégrer le programme à son enseignement.

Le sénateur Cordy : Est-il difficile d'amener un parent qui a un bébé de consacrer autant de temps en classe?

Mme Bungay-Gaultois : Dans certaines collectivités rurales de Terre-Neuve, il n'y a pas de bébé, nous avons dû mettre fin à deux programmes pour cette raison. C'est malheureux. Dans d'autres collectivités, notre programme fonctionne en raison du bouche à oreille. Deux ou trois femmes qui attendent un enfant nous diront qu'elles veulent que leur bébé soit le bébé Roots of Empathy. Elles ne veulent pas simplement faire partie du programme et c'est vrai qu'elles doivent s'engager à consacrer du temps à cela — une mère et son bébé, un père et son bébé ou une grand-mère et un bébé viennent dans la classe chaque mois pendant neuf mois — mais elles se rendent compte que leur enfant est adopté par les élèves et dans une petite collectivité, ce bébé devient une célébrité. Une mère ou un père qui se promène sur la rue avec leur bébé seront parfois accueillis par des enfants qui diront : « C'est notre bébé. » Cela favorise la socialisation de l'enfant et de nombreux parents qui n'ont qu'un enfant recherche des façons de favoriser la socialisation de leur enfant. Beaucoup de mères disent que leur enfant a appris à aimer les gens parce qu'il a vu pendant toute une année de 20 à 30 enfants dans une classe.

I would say that, yes, it is almost like having a superstar status for the baby, and I really think parents benefit. Lots of moms have also said that they learned a lot about parenting that they just did not know about before. I am a parent of three, and I have certainly learned a lot about parenting that I wish I had known 20 odd years ago.

Senator Cordy: My last question has to do with research. The program is only five years old, so it is pretty new, but are you making an effort to keep statistics or anecdotal evidence? Evidence has been collected on early intervention and those kinds of things which you can tie in but are you actually collecting evidence of your own from the program?

Ms. Bungay-Gaultois: Do you mean in our location?

Senator Cordy: Yes. What is happening in Newfoundland, for example.

Ms. Bungay-Gaultois: Each classroom is evaluated as part of the national strategy and our results are all sent off to Toronto. Then, as that turns full cycle, the results come back to us. The anecdotal evidence is some of the stories that I have told you here today, and we know that on some levels —

Senator Cordy: You are recording those, I hope?

Ms. Bungay-Gaultois: Yes, and that it is making a difference. On the national scene, they just record everything that supports the program.

The Chairman: May I thank both of you for coming. We really appreciated your being with us this morning.

Senators, we have three representatives on our next panel. We have Geoff Chaulk, Executive Director of the provincial Canadian Mental Health Association, Ted Callanan, President of the Psychiatric Association of Newfoundland and Labrador, and Jocelyn Greene, whom many of us met yesterday, who is the Executive Director of the Stella Burry Community Services.

I will begin on my right with Geoff and go across the panel, asking each of you to make your opening statements and then we will turn to questions. Thank you all for coming. The only thing I have to remind you of is that you must press the little white button in order to be able to talk; otherwise, the translators and the recording system cannot capture what you say. Geoff, over to you.

Mr. Geoff Chaulk, Executive Director, Canadian Mental Health Association, Newfoundland and Labrador Division: Thank you, Senator Kirby, for the opportunity to appear here today. Our association certainly appreciates being able to share some of our ideas with you.

The approach that I have taken in terms of this brief is to give you a little bit of background on our organization in this province which, as a CMHA, is unique in the country. I will tell you a little

Le bébé devient vraiment une étoile et je pense que le programme profite aussi aux parents. Beaucoup de mères disent que le programme leur a beaucoup appris sur la façon d'élever un enfant. J'ai eu trois enfants, et il y a beaucoup de choses sur la façon d'élever un enfant que j'aurais aimé savoir il y a 20 ans.

Le sénateur Cordy : Ma dernière question porte sur la recherche. Je sais que le programme date de cinq ans seulement, mais recueillez-vous des statistiques ou des renseignements anecdotiques? Des renseignements ont été recueillis notamment sur l'intervention précoce, mais j'aimerais savoir si vous recueillez des renseignements portant sur votre propre programme?

Mme Bungay-Gaultois : Vous parlez de notre centre?

Le sénateur Cordy : Oui. Sur ce qui se passe à Terre-Neuve, par exemple.

Mme Bungay-Gaultois : Dans le cadre de la stratégie nationale, chaque classe est évaluée et les résultats de cette évaluation sont transmis à Toronto. Les résultats nous reviennent par la suite. Pour ce qui est des renseignements anecdotiques, ce sont les cas dont je vous ai parlé aujourd'hui et nous savons qu'à certains niveaux...

Le sénateur Cordy : Vous consignez ces cas, n'est-ce pas?

Mme Bungay-Gaultois : Oui, et nous voyons que notre programme donne des résultats. À l'échelle nationale, on recueille des renseignements sur l'ensemble du programme.

Le président : Je vous remercie tous deux de votre présence aujourd'hui. Le comité vous est vraiment reconnaissant d'avoir comparu.

Mesdames et messieurs les sénateurs, notre prochain groupe de témoins compte trois personnes. Nous accueillons Geoff Chaulk, directeur administratif de la section provinciale de l'Association canadienne pour la santé mentale, Ted Callanan, président de la Psychiatric Association of Newfoundland and Labrador, et Jocelyn Greene, dont bon nombre d'entre vous avez rencontré hier, qui est directeur administratif de Stella Burry Community Services.

Je vais d'abord demander à M. Chaulk de faire sa déclaration préliminaire. Les autres témoins feront ensuite la leur et il y aura une période de questions. Je vous remercie tous de votre présence. Je vous signale que vous devez appuyer sur le petit bouton blanc avant de parler pour que les interprètes puissent vous entendre et pour que vos propos puissent être enregistrés. Monsieur Chaulk, vous avez la parole.

M. Geoff Chaulk, directeur exécutif, Association canadienne pour la santé mentale, Division de Terre-Neuve et du Labrador : Je vous remercie, le sénateur Kirby, de l'occasion qui m'est donnée aujourd'hui de prendre la parole devant vous. Notre association vous sait gré de lui permettre de vous faire part de ses vues.

J'ai décidé dans ce mémoire de vous donner un aperçu du rôle tout à fait particulier que joue notre organisme dans la province. Je vais vous dire quelques mots au sujet du travail que nous

bit about the work we do and then I have selected a number of issues or questions from your *Issues and Options Paper* to which to respond.

The Canadian Mental Health Association, Newfoundland and Labrador division, is a non-profit, voluntary charitable organization established in 1964, and promotes the vision of mentally healthy people in a healthy society. Our division promotes improved understanding of mental health and mental illness through education, advocacy, research and community development.

In fiscal year 2004-05, we received government funding in the amount of \$80,000 on a per annum basis. This was after a ten-year absence of core government funding other than our receiving project grants. Our division established a fund development foundation in 1997 in order to raise funds for us to do our work. The funds raised came, in large part, came, through the generosity of our fellow Newfoundlanders and Labradorians. The division has an annual operating budget of \$240,000 and four full-time staff: myself, an education coordinator, a resource centre coordinator and an office and finance administrator. I should say in all fairness to the provincial government, because our fundraising came up short last year, that they offered us a \$50,000 grant this year so that we could continue with our education coordinator position. CMHA Newfoundland and Labrador Division is one of two jurisdictions that I am aware of in the country that is without a branch structure to support its work in a vast province with a rural population.

I would like to mention one of our main services, which is a provincial resource centre that handles a minimum of 120 calls and drop-ins per month from people looking for information on mental health and mental illness, information and referral. A large part of my coordinator's work right now is related to advocacy in cases where people are running into barriers in terms of getting the services that they require.

I have some responses to selected questions raised in the issues and options paper. CMHA Newfoundland and Labrador Division agrees with the committee's position that the mental health and addiction treatment system be seamless, accessible and offer high-quality, coordinated and integrated services. We further support the position that the system be patient- or person-centred and focus on recovery. CMHA Newfoundland and Labrador Division believes that the latter two points cannot be overstated. First, as I gather the senators are well aware, the person-centred system is central to the community resource-based model, which is part of the new framework for support for people with serious mental illness as developed by the Canadian Mental Health Association at the national level.

faisons et je traiterai ensuite d'un certain nombre de questions qui sont abordées dans votre document sur les enjeux et les options.

La division de Terre-Neuve et du Labrador de l'Association canadienne de la santé mentale est un organisme de bienfaisance à but non lucratif créé en 1964 qui vise à promouvoir la santé mentale dans notre société. Notre division œuvre à améliorer la compréhension de la santé mentale et des maladies mentales par l'entremise d'activités de sensibilisation, de défense des intérêts, de recherche et de développement communautaire.

Au cours de l'exercice financier 2004-2005, nous avons reçu du gouvernement des fonds s'élevant à 80 000 \$. Nous n'avons pas obtenu de financement de base pendant 10 ans et tout ce que nous avons reçu du gouvernement, ce sont des subventions pour mettre en œuvre certains projets. Notre division a créé une fondation de financement en 1997 dans le but de nous permettre de poursuivre notre travail. C'est en grande partie à la générosité de nos concitoyens de Terre-Neuve et du Labrador que nous avons pu recueillir ces fonds. La division a un budget de fonctionnement annuel de 240 000 \$ et quatre employés à temps plein : un coordonnateur des services éducatifs, un coordonnateur du centre de ressources, un administrateur des services de bureau et de finance et moi-même. Je dois ajouter que le gouvernement provincial constatant que nous ne serions pas en mesure cette année de trouver les fonds nécessaires pour payer notre coordonnateur des services éducatifs a offert de nous donner une subvention de 50 000 \$ à cette fin. La division de Terre-Neuve et du Labrador de l'ACSM est au nombre des deux divisions de l'association au pays qui ne comptent pas une structure de direction malgré l'étendue de la province et de la population rurale qu'elle dessert.

J'aimerais attirer votre attention sur l'un de nos principaux services, soit un centre de ressources provincial qui reçoit au moins 120 appels et visites par mois de personnes qui souhaitent obtenir des renseignements sur la santé mentale et la maladie mentale ainsi que des services d'aiguillage. Une bonne part de mon travail de coordonnateur est actuellement d'obtenir les services voulus pour les personnes qui ont du mal à les obtenir parce qu'ils font face à certains obstacles.

J'ai maintenant des réponses à donner à certaines des questions soulevées dans votre document sur les enjeux et les options. La division de Terre-Neuve et du Labrador de l'ACSM convient avec le comité que la santé mentale et le système de traitement des dépendances doivent être intégrés, accessibles et offrir des services de qualité. Nous appuyons également la position voulant que le système soit axé sur les besoins du patient ainsi que sur son rétablissement. La division de Terre-Neuve et du Labrador de l'ACSM pense qu'on ne peut trop insister sur l'importance de ces deux points. Comme je suis sûr que les sénateurs le savent, le système axé sur les besoins du patient constitue la pierre d'angle d'un modèle fondé sur les ressources communautaires, modèle qui fait partie du nouveau cadre de soutien pour les personnes atteintes de maladie mentale grave élaborée à l'échelle nationale par l'Association canadienne pour la santé mentale.

Further, recovery from mental illness and enjoying good mental health we now know is possible. Bringing recovery into the mental health/mental illness lexicon also brings hope to those of us who battle different types of mental illness. The community resource-based model with the person at the centre of the system also addresses the essential elements for successful community living and recovery, including adequate housing and income, work, social connections and mental health services and supports.

Coordination and integration of services and supports is an issue that has long plagued mental health and addiction services to the point where it is sometimes inappropriate to refer to a "system" of services and supports. In a recent local study that was conducted in relation to the need for a "clubhouse" in St. John's, it was recommended, with the number of services and supports available, although still not adequate to meet the needs, that funds be sought to have a coordinator work with the services that are currently being provided, such as employment-related services and social supports. This idea was proposed in order to ensure that there be clarity among service providers and consumers as to what services are available, and that a range and menu of services be offered with clear criteria for entry to the programs. It was determined that one assessment and perhaps one point of access for employment-related services might also be appropriate.

In terms of integration and coordination of services, the above might be an example of a way to go. Further, partnership agreements and formal memorandums of understanding among service providers may be helpful in making services and supports more connected and accessible from the consumer's perspective.

I had experience in this area in my work in Ontario, which spanned about 17 years, where the Ministry of Health essentially, in some cases, strongly recommended and/or strong-armed partnership relationships among service providers to reduce fragmentation and limit the number of doors a person had to go through to try to get service.

On the point of early detection and intervention for children and adolescents, I think the answer here is multifaceted but the cornerstone is education in relation to what constitutes good mental health and what is mental illness. Efforts to educate within the school environment at the earliest appropriate age and with age-appropriate material would help children and adolescents learn some of the important actions and behaviours that can maintain good mental health and perhaps avoid the onset of illness.

The other benefit of providing mental health education in the schools is that the material developed could help with breaking down the stereotypes and myths about mental illness, which would, in turn, help to reduce stigma. CMHA, NL Division, like many of our partners, is of the opinion that stigma remains a

Nous savons maintenant qu'il est possible à un patient de se rétablir après une maladie mentale et de jouir d'une bonne santé mentale. Le fait de commencer à parler de rétablissement dans le contexte de la santé mentale et des maladies mentales donne aussi espoir à tous ceux d'entre nous qui sont aux prises avec différents types de maladies mentales. Les modèles fondés sur les ressources communautaires qui sont axés sur les besoins du patient comportent les éléments essentiels à l'intégration communautaire et au rétablissement de la santé mentale, dont un logement et un revenu adéquat, du travail, des rapports sociaux et des services et des mécanismes de soutien dans le domaine de la santé mentale.

La coordination et l'intégration des services et des mécanismes de soutien dans le domaine de la santé mentale ont depuis si longtemps fait défaut qu'on ne peut pas dire qu'il existe un « système » à proprement parler. Dans une étude locale récente qui a été menée pour établir s'il convenait de créer un centre de services à St. John's, on a recommandé que, compte tenu des services et des mécanismes de soutien disponibles, lesquels ne suffisent toujours pas pour répondre adéquatement aux besoins, on cherche à obtenir des fonds pour recruter un coordinateur qui travaillerait de concert avec les services existants dans le domaine de l'emploi et des services sociaux. Ce coordonnateur veillerait à faire en sorte que les fournisseurs de services et les consommateurs sachent exactement quels sont les services disponibles ainsi que les critères d'admissibilité à ceux-ci. Cette étude a aussi fait ressortir la nécessité éventuelle d'un centre d'évaluation ainsi que d'un point d'accès unique pour les services reliés à l'emploi.

Ce modèle pourrait être un exemple d'intégration et de coordination des services. L'établissement de partenariats et de protocoles d'entente officiels entre les fournisseurs de services pourrait aussi être une façon de rendre les services et les mécanismes de soutien plus accessibles aux consommateurs.

J'ai acquis une expérience dans ce domaine en Ontario où j'ai travaillé pendant 17 ans. Le ministère de la Santé de cette province a fortement recommandé et parfois même imposé des partenariats entre les fournisseurs de services pour réduire la compartimentalisation des services.

Pour ce qui est du dépistage et de l'intervention précoces auprès des enfants et des adolescents, je crois qu'il faut mettre l'accent sur une approche à plusieurs volets dont l'élément central est cependant une meilleure compréhension de ce que constitue la santé mentale et les maladies mentales. C'est en intervenant à l'école auprès des enfants le plus tôt possible en ayant recours à du matériel adapté à leur âge qu'on peut aider les enfants et les adolescents à savoir ce qui favorise la santé mentale et peut-être à éviter qu'une maladie mentale ne se développe.

En intervenant dans les écoles, on peut aussi s'attaquer aux stéréotypes et aux mythes qui existent sur la santé mentale, ce qui pourrait, à son tour, aider à réduire la stigmatisation des personnes atteintes de maladie mentale. La division de Terre-Neuve et du Labrador de l'ACSM, comme bon

considerable issue in society and can negatively affect the lives of people dealing with mental illness and prevent people from seeking help when it is needed.

The Canadian Mental Health Association here in the province has had previous experience in providing educational sessions to high school students on mental health and mental illness, and in the year 2000 produced and distributed a video entitled, *Out of the Dark: Youth and Depression*. This video was distributed widely across the province. However, our efforts were somewhat hampered in terms of follow-up by a lack of human resources or a corresponding travel budget. More work can be done in this area, especially in partnership with schools and the Department of Education, but only if we have the necessary resources to provide the service. By working in partnership, more could be accomplished and CMHA's expertise could be used in terms of developing educational products, training those professionals who would use these products in local communities and providing back-up consultation when issues arise.

A few months ago, we released through our national office a website called *Mental Health in High School* and we disseminated that by way of information through the Department of Education to all the school boards and schools as a mechanism for young people who are technologically literate enough to find for themselves information in terms of mental health, mental illness, what are some of the signs and symptoms, et cetera. In partnership with the Department of Education, we got that message out there.

With regard to the issue of caregivers of elderly parents, the issue of most significance here is the lack of community-based supports and services, including housing, in-home support and case management. A provincial review of the community mental health system indicated that more resources were required to meet people's needs in communities across the province. It is expected that the provincial government will soon release its plan for mental health and addiction services in the province. Release of this plan and allocation of the required funds to implement services should assist people who are living with aging parents.

Further, the Luther inquiry into the deaths of Norman Reid and Darryl Power also pointed to inadequacies in the community-based support and service system. Judge Luther made numerous recommendations that, if implemented, could improve the lives of people with serious and persistent mental illness.

In relation to family supports, CMHA NL was recently provided with a \$5,000 grant from the provincial government to look at ways of increasing supports to families in the province. Two of our board members who are involved with our current

nombre de nos partenaires, est d'avis que la stigmatisation continue d'être un problème grave dans notre société qui peut avoir une incidence négative sur la vie des personnes qui sont atteintes de maladie mentale et qui peut empêcher celles-ci de demander de l'aide lorsqu'elles en ont besoin.

L'Association canadienne pour la santé mentale a déjà organisé des séances éducatives s'adressant aux élèves de l'école secondaire pour les sensibiliser à la question de la santé mentale et des maladies mentales et a produit et diffusé en 2000 une vidéo intitulée *Out of the Dark : Youth and Depression*. Cette vidéo a été largement diffusée dans toute la province. Nous n'avons malheureusement pas pu assurer un véritable suivi en raison d'un manque de ressources humaines et du manque de fonds pour les déplacements. Si seulement nous avions les ressources voulues, nous pourrions faire davantage dans ce domaine, en particulier en partenariat avec les écoles et le ministère de l'Éducation. Ces partenariats nous permettraient d'accomplir davantage et l'ACSM pourrait se servir de ses compétences pour élaborer des produits éducatifs, pour former des professionnels qui diffuseraient ces produits dans les collectivités locales et pour fournir des services de consultation au besoin.

Il y a quelques mois, nous avons lancé, par l'intermédiaire de notre bureau national, un site Web appelé La santé mentale et l'école secondaire. En nous adressant au ministère de l'Éducation, nous avons pu informer de l'existence de ce site tous les conseils scolaires et les écoles de la province et le but de ce site est de permettre aux jeunes qui connaissent suffisamment bien l'informatique de se renseigner par eux-mêmes sur la santé mentale et sur les symptômes des maladies mentales. En partenariat avec le ministère de l'Éducation, nous avons pu diffuser ce message.

Pour ce qui est des personnes qui s'occupent de parents âgés, le problème le plus important qui se pose, c'est qu'il n'y a pas suffisamment de mécanismes de soutien de services communautaires comme les services de logement, les soins à domicile et la gestion de cas. Une étude provinciale du système de santé mentale communautaire a révélé qu'il faudrait investir davantage de ressources pour répondre aux besoins des citoyens de la province. Le gouvernement provincial doit diffuser sous peu son plan en matière de services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie. La diffusion de ce plan ainsi que l'attribution des fonds nécessaires à la mise en œuvre de services devraient aider les personnes qui vivent avec des parents âgés.

L'enquête Luther portant sur les décès de Norman Reid et de Darryl Power a aussi fait ressortir les lacunes dans le système de soutien et de services communautaires. Le juge Luther a formulé de nombreuses recommandations qui, si elles sont mises en œuvre, pourraient améliorer la vie des personnes qui sont atteintes de maladies mentales graves.

La division de Terre-Neuve et du Labrador de l'ACSM a obtenu récemment une subvention de 5 000 \$ du gouvernement provincial dans le but de proposer des façons d'accroître le mécanisme de soutien destiné aux familles dans la province. Deux

family support group, which meets on a monthly basis, will assist in the planning of this initiative.

CMHA NL will also be launching the Family-to-Family support group in the fall of this year. It is a particular model that has been developed by NAMI, THE National Alliance for the Mentally Ill. We received a \$1,300 grant from the Health Care Foundation of St. John's to launch this initiative. Ongoing funds to maintain the program have not yet been secured.

With regard to the issue of federal income security programs, yes, we think the federal government should change the CPP Disability Plan in order to allow people to receive partial or reduced benefits while working part-time. Such a revised program would enable people to reap the monetary and non-monetary benefits of employment. However, there must be an incentive in the financial sense so that the person is better off economically upon taking part-time work.

In relation to income support programs in general such as social assistance in this province, there are also barriers that need to be removed so that the person with mental illness can benefit from employment without losing such benefits as a drug card. We all know the costs of many psychiatric medications and there is an allowance made, I believe, for the card to continue for a period of time, but for many people, medication is a life-time requirement.

Combating stigma and discrimination is an issue of great significance, and a Canada-wide approach with input from consumers and families in particular as to key messages to bring to such a campaign would be essential. CMHA here in Newfoundland agrees with the elements proposed that would make up such a campaign, and further agrees that a national strategy for suicide prevention must be implemented.

With regard to the primary care sector, primary care renewal in the country must consider the provision of interdisciplinary care. Primary care should consist of more than a physician and/or a nurse practitioner. Members of other disciplines who would be appropriate team members include social workers, nurses and occupational therapists. In this province, I believe 40 per cent of MCP billings pertain to mental health. Mental health and addictions, as you are well aware, can be complicated areas for intervention, and access to other disciplines with defined areas of expertise could take the burden off the individual physician and better serve the consumer. Of course, physician remuneration and billing code changes or alternative payment arrangements would need to be considered in order to allow the physician the time and opportunity to consult with other disciplines.

des membres de notre conseil d'administration qui sont actuellement membres de notre groupe de soutien aux familles, lequel tient des rencontres tous les mois, participeront à la planification de cette initiative.

La Division de Terre-Neuve et du Labrador de l'ACSM lancera aussi à l'automne un groupe de soutien de famille à famille. Il s'agit d'un modèle particulier qui a été élaboré par NAMI, soit la National Alliance for the Mentally Ill. Nous avons obtenu une subvention de 1 300 \$ de la Health Care Foundation of St. John's pour lancer cette initiative. Nous ne sommes pas encore parvenus à trouver les fonds qui permettront le maintien de ce programme.

Pour ce qui est des programmes fédéraux de sécurité du revenu, nous pensons effectivement que le gouvernement fédéral doit modifier le régime d'invalidité du RPC pour que les gens puissent toucher des prestations partielles ou réduites tout en travaillant à temps partiel. Cette modification au régime de retraite permettrait aux gens de tirer parti des avantages monétaires et non monétaires que procure le fait d'occuper un emploi. Il faut cependant que le fait pour une personne d'occuper un emploi à temps partiel présente un intérêt financier pour elle.

Pour ce qui est des programmes de soutien du revenu en général comme l'aide sociale, des obstacles doivent aussi être supprimés de manière à ce que la personne qui est atteinte d'une maladie mentale puisse travailler sans perdre des avantages comme l'assurance-médicaments. Nous savons tout ce que de nombreux médicaments psychiatriques coûtent très cher et que de nombreuses personnes doivent prendre ces médicaments toute leur vie. Or, l'assurance-médicaments leur est enlevée après un certain temps si elles travaillent.

La lutte contre la stigmatisation et la discrimination revêt beaucoup d'importance et il conviendrait de lancer une campagne nationale dans ce but pour sensibiliser les consommateurs et les familles à cette question. Nous sommes d'accord avec les éléments proposés de cette campagne et nous pensons aussi qu'il faut mettre en œuvre la stratégie nationale de prévention du suicide.

Le renouvellement des soins primaires au pays doit reposer sur des soins interdisciplinaires. Les soins primaires ne devraient pas simplement comporter les services d'un médecin ou d'une infirmière praticienne. Des travailleurs sociaux, des infirmières et des ergothérapeutes devraient faire partie des équipes de soins primaires. Dans cette province, je pense que 40 p. 100 des services facturés à l'assurance-maladie sont des services de santé mentale. Comme vous le savez, il peut être difficile d'intervenir dans le domaine de la santé mentale et des toxicomanies et il serait bon que le médecin traitant puisse avoir accès aux conseils de collègues d'autres disciplines pour aider son patient. Il faudrait évidemment apporter des modifications au barème de tarification des médecins pour que ceux-ci puissent facturer le temps qu'ils consacrent à consulter des collègues appartenant à d'autres disciplines.

CMHA NL would agree that more uniformity in the training for community support workers and the police would be to the benefits of all concerned. To be on the front line is demanding and stressful work and training can help ease the issues and provide a better service to the consumer.

As an outcome of the Luther inquiry, CMHA Newfoundland and Labrador Division is in the process of completing an eight-module training program that is DVD- and experientially-based. The program has been designed for front-line workers from a variety of settings, such as police officers, ambulance attendants, home care workers, to name a few. The models cover all the major mental illnesses and consumers speak on film about various aspects of their illness and the related impacts on their lives. The program also focuses for participants on improving their communication skills and knowledge, so that if you are on the front line and you are in a situation where you are dealing with someone who is obviously experiencing distress in relation to their mental illness, you have a better toolkit to operate from in relation to trying to intervene. The program has been through the pilot phase and so far we have received excellent feedback, although the final evaluation report is not yet available to us. The project is due to be launched officially in September and we will be using the trainer approach to be able to get the material out to our colleagues across the province, and we wonder if there may be national implications for use of such a program. To our knowledge, it is one of a kind.

Most of the funds for this project came from the federal government's crime prevention strategy along with contributions from the provincial government, GlaxoSmithKline and the Rotary Club of St. John's Northwest.

Inadequate funding of mental health supports and services, especially at the community level, has been an issue in this country for many years. The problem essentially started with the deinstitutionalization process when appropriate levels of funding did not follow former patients into the community. In some jurisdictions, this translated first and foremost into inadequate housing and follow-up care. Dedicated funding for mental health services and supports that are predictable, sustainable and equitably allocated would enable the development of a more complete community mental health and addictions system, especially for those with serious and persistent mental illness.

As a recently repatriated Newfoundlander who worked as a social worker and then with the Ontario Public Service as a policy and program consultant related to mental health services, I was greatly surprised at the range of services and supports that are available to Ontarians, but not to Newfoundlanders and Labradorians. The playing field needs to be levelled and attention paid to the discrepancies between the "have" and the "have not" provinces. These discrepancies translate into a poor

CMHA NL est d'accord pour dire qu'une plus grande uniformité dans la formation des travailleurs de soutien communautaire et des policiers profiterait à tous les intéressés. C'est un travail exigeant et stressant que d'être en première ligne, et la formation peut faciliter certaines choses et assurer un meilleur service aux consommateurs.

Faisant suite à l'enquête Luther, CMHA Newfoundland and Labrador Division met la dernière main à un programme de formation expérientiel en huit modules et qui sera sur support DVD. Ce programme a été conçu pour les travailleurs de première ligne de divers milieux. Par exemple, les agents de police, les ambulanciers, le personnel des foyers, pour n'en nommer que quelques-uns. Les modules traitent de toutes les maladies mentales importantes, et les consommateurs témoignent à la caméra des divers aspects de leur maladie et des incidences sur leurs vies. Le programme invite également les participants à améliorer leurs compétences en matière de communication et leur connaissance, si bien que si vous êtes en première ligne et que vous vous retrouvez dans une situation où vous faites affaire avec quelqu'un qui est de toute évidence en détresse à cause de sa maladie mentale, vous serez mieux outillés pour intervenir. Le programme a franchi la phase pilote, et jusqu'à présent, nous avons reçu d'excellents commentaires, même si nous n'avons pas encore le rapport d'évaluation final. Le projet doit être lancé officiellement en septembre, et nous allons utiliser l'approche du formateur pour faire connaître ce matériel à nos collègues de toute la province, et nous pensons qu'un tel programme pourrait avoir une utilisation nationale. À notre connaissance, c'est un programme unique.

Le gros des fonds pour ce projet provenait de la stratégie de prévention criminelle du gouvernement fédéral, et nous avons reçu des contributions du gouvernement provincial, de GlaxoSmithKline et du Club Rotary de St. John's Northwest.

Le manque de fonds pour les soutiens et services pour la santé mentale, particulièrement au niveau communautaire, fait problème dans notre pays depuis de nombreuses années. Le problème a essentiellement commencé avec la désinstitutionalisation, alors que le financement n'a pas suivi les patients en réinsertion sociale. Dans certaines provinces, cela s'est traduit d'abord et avant tout par un manque de logements et de suivi. Des fonds réservés aux services et aux soutiens en santé mentale qui seraient prévisibles, durables et alloués équitablement favoriseraient la création d'un système communautaire plus complet pour la santé mentale et la toxicomanie, particulièrement pour ceux qui souffrent de maladies mentales graves et chroniques.

En ma qualité de Terre-Neuvien récemment rapatrié qui a œuvré comme travailleur social et plus tard au sein de la fonction publique de l'Ontario à titre de conseiller en politiques et en programmes relatifs aux services de santé mentale, j'ai été grandement surpris par la gammes de services et de soutiens qui sont offerts aux Ontariens mais non aux Terre-Neuviens et aux Labradoriens. Il faut égaliser les chances et accorder plus d'attention aux écarts entre les provinces nanties et les

quality of life, especially for those people with severe and persistent mental illness.

The Chairman: Thank you very much.

Dr. Ted Callanan, President, Psychiatric Association of Newfoundland and Labrador: I would like to begin by offering a strong vote of support for Mr. Chaulk's eloquent comments and the issues that he has raised with respect to the delivery of mental health services.

Thank you very much for the invitation, senators. I am speaking today on behalf of the Newfoundland and Labrador Psychiatric Association. We are a small psychiatric association with approximately 50 members throughout Newfoundland and Labrador, although no one is actually based in Labrador. That represents about two-thirds the number or, that is to say, one position in three is vacant for psychiatrists throughout Newfoundland and Labrador, based on the population norms established by the Canadian Psychiatric Association. Psychiatry is a medical specialty and it is unique in the sense that it is perhaps the only specialty whose premise and sometimes very existence is questioned, some aspects of mental illness being viewed as being a product of social phenomena and not being part of the medical domain per se.

Mental illness is a frightening phenomena because it strikes at the very core of one's existence as a person. It affects thought, mood, perception, judgment and, what is very important, it affects behaviour, and it is changed behaviour that is the most visible part for others and for society to observe with respect to mental illness. It is the changed behaviour that is sometimes unacceptable and frightening that I think gives rise to stigma.

Acute psychiatry is affected by how mental illness is perceived. The person and the family members see the change in behaviour often as being wilful and therefore controllable and blameworthy. They do not see it at first as illness, and this delays seeking help for illness. I think you have heard already the importance of early intervention with respect to the long-terms goals for recovery. Thus when the illness is seen, the stigma can sometimes further delay efforts to seek help.

Over the course of the last 20 years, acute care psychiatry as practised within the hospital and community setting has changed, and it has changed as a result of some of the observations that Mr. Chaulk has just pointed out; that is to say the deinstitutionalization of many individuals who were previously cared for in large mental institutions. I think it is clear from the research that quality of life and satisfaction with services are much higher in community settings. However, there has to be an adequate transfer of funds to the community in order to create the sorts of teams that are needed to give a broad-based community follow-up.

provinces défavorisées. Ces écarts se traduisent par une piètre qualité de la vie, particulièrement pour ces personnes atteintes d'une maladie mentale grave et chronique.

Le président : Merci beaucoup.

M. Ted Callanan, président, Psychiatric Association of Newfoundland and Labrador : Je tiens d'abord à marquer mon appui à M. Chaulk qui a décrit avec éloquence les problèmes que pose la prestation de services en santé mentale.

Honorables sénateurs, merci beaucoup pour cette invitation. Je représente aujourd'hui la Newfoundland and Labrador Psychiatric Association. Nous sommes une petite association de psychiatres comptant une cinquantaine de membres établis partout à Terre-Neuve et au Labrador, même si aucun d'entre nous n'est en fait basé au Labrador. Cela représente environ deux tiers du nombre, c'est-à-dire qu'il y a un poste de psychiatre vacant sur trois partout à Terre-Neuve et au Labrador, selon les normes démographiques établies par l'Association des psychiatres du Canada. La psychiatrie est une spécialité médicale qui est unique dans la mesure où c'est la seule spécialité dont l'action et parfois même son existence même sont contestées, certains aspects de la santé mentale étant considéré comme le produit de phénomènes sociaux et ne faisant pas partie du domaine médical comme tel.

La maladie mentale est un phénomène terrifiant parce qu'il frappe au cœur même de l'existence de la personne. S'en trouvent affectés la pensée, l'humeur, la perception, le jugement et, ce qui est très important, le comportement, car c'est le comportement modifié qui est l'aspect le plus visible pour les autres et pour la société qui voit les effets de la maladie mentale. C'est ce comportement modifié, parfois inacceptable et terrifiant, qui, à mon avis, est la cause de la stigmatisation.

Le traitement psychiatrique intensif est influencé par la perception que l'on a de la maladie mentale. La personne et les membres de la famille s'imaginent souvent que le comportement modifié est volontaire et, par conséquent, contrôlable et blâmable. On ne voit pas d'emblée la maladie, et cela retarde la recherche d'aide. Je pense qu'on vous a déjà parlé de l'importance d'une intervention précoce pour le rétablissement à long terme. Ainsi, lorsque la maladie est constatée, la stigmatisation peut parfois retarder davantage la recherche d'aide.

Au cours des 20 dernières années, la psychiatrie intensive telle qu'elle est pratiquée en milieu hospitalier et communautaire a évolué, et elle a évolué du fait des circonstances que M. Chaulk vient de décrire : c'est-à-dire, la désinstitutionnalisation de nombreuses personnes qui étaient auparavant soignées dans de grandes établissements pour malades mentaux. La recherche a prouvé hors de tout doute que la qualité de la vie et la satisfaction par rapport aux services sont de loin supérieures en milieu communautaire. Cependant, il faut qu'il y ait un transfert suffisant de fonds vers le milieu communautaire si l'on veut créer le genre d'équipes dont nous avons besoin pour assurer un suivi communautaire généralisé.

To the extent that the hospital remains a part of the spectrum of services required by the mentally ill, it has become true that those who are admitted to hospital these days are often admitted to smaller units with pressures for shorter lengths of stay. What we refer to as the "case mix" within the hospital has become very much more diverse; that is to say you will see individuals suffering from early stages of dementia being admitted for work-ups, you will see individuals with first episodes of psychosis and you will see individuals with other major mental illnesses being admitted in acute phase or an out-of-control phase of illness. Actually, there is some good research pointing out that the higher the case mix, the less satisfaction occurs among individuals receiving care in hospital.

With respect to services in the community, I know that one of the things referred to in the Luther report, which you will no doubt be reviewing, is the revision to the Mental Health Act in Newfoundland and Labrador. The Newfoundland and Labrador Psychiatric Association would like to see incorporated into the changes of the Mental Health Act the capacity to intervene early for individuals with severe and persistent mental illnesses in the community before a certification for a return to hospital may be required. The implication of that is what is often called in some jurisdictions, such as Saskatchewan, Ontario and possibly Quebec, "community treatment orders". I do believe there is room for a selected population of individuals who, as a characteristic of their illness, lack insight and would benefit from an appropriately monitored/watched/guarded, respectful system that would help bring them into care when their illnesses become more problematic.

I have one other general comment before I move on to couple of responses to what is in your third report publication and that is with respect to medications. The regime varies between provinces with respect to access to medications, and the medications available for the treatment of major mental illnesses are significantly fewer in absolute terms than they are in, say, cardiology or other significant illnesses. I think our patients are best served when the patients have unrestricted access to the few medications that we do have.

I wanted to comment on a couple of points from the *Issues and Options for Canada* document, volume III, and that is with respect to the question asked, "How can collaborative working relationships between primary health care providers and mental health care professionals be encouraged?" Interestingly, this was the topic of a panel this past Saturday held with the representatives of the Canadian Psychiatric Association and the Atlantic Provinces Psychiatric Association. We heard of a variety of different models that exist across the country for sharing of care. I think one of the steps that could be most critical in fostering this approach is the development within the medical schools, pharmacy schools, social work schools, nursing schools, and within the schools and domains that take on rehabilitation work in psychiatry, of shared curriculum about interprofessional collaboration. I think that we have a number of models because

Dans la mesure où l'hôpital continue de faire partie de l'ensemble de services dont les malades mentaux ont besoin, il est vrai aujourd'hui que ceux qui sont admis à l'hôpital se retrouvent souvent dans des unités plus petites où l'on cherche à tout prix à abréger la durée du séjour. Ce que nous appelons dans les hôpitaux la « clientèle » est devenue beaucoup plus diverse; c'est-à-dire que vous y retrouverez des personnes qui en sont au premier stade de la démence et qui sont admis pour un diagnostic; vous allez rencontrer des personnes qui en sont aux premiers épisodes de leur psychose; vous allez voir des personnes qui ont d'autres maladies mentales graves et qui sont admises aux soins intensifs ou qui en sont à une phase de la maladie où la perte de contrôle est totale. Il existe en fait de bonnes recherches qui indiquent que plus la clientèle est diverse, moins les personnes traitées à l'hôpital sont satisfaites.

Pour ce qui est des services communautaires, je sais que l'une des choses qui a été mentionnée dans le rapport Luther, que vous allez sans aucun doute lire, c'est la révision de la Loi sur la santé mentale de Terre-Neuve et du Labrador. L'Association des psychiatres de Terre-Neuve et du Labrador voudraient incorporer, parmi les modifications à la Loi sur la santé mentale, la capacité d'intervenir tôt auprès des personnes en milieu communautaire souffrant de maladies mentales graves et chroniques avant l'internement obligatoire à l'hôpital. C'est ce qu'on appelle souvent dans certaines provinces, par exemple la Saskatchewan, l'Ontario et peut-être aussi le Québec, l'« ordonnance de traitement en milieu communautaire ». Je crois qu'il y a certains éléments de la population qui manque de jugement, et c'est une caractéristique de la maladie, et qui profiterait d'un système de contrôle, de surveillance et de garde respectueux facilitant leur hospitalisation lorsque leur maladie s'aggrave.

J'ai un autre commentaire d'ordre général à faire avant de faire quelques observations sur le contenu de votre troisième rapport, et je veux parler de la médication. Le régime varie d'une province à l'autre pour ce qui est de l'accès à la médication, et le nombre de médicaments qu'on a pour traiter les grandes maladies mentales est beaucoup moins élevé en termes absolus que, par exemple, pour la cardiologie ou d'autres maladies graves. Je crois que nos patients se portent mieux lorsqu'ils ont un accès illimité aux quelques médicaments qui existent pour eux.

Je voulais faire quelques observations sur le document *Enjeux et options pour le Canada*, volume III, et c'est en réponse à la question qui était posée : « Comment peut-on encourager une relation de collaboration entre les fournisseurs de soins de santé primaires et les professionnels de la santé mentale? » Chose intéressante, c'était justement le thème de la table ronde de samedi dernier qui réunissait des représentants de l'Association des psychiatres du Canada et de l'Association des psychiatres de provinces Atlantiques. On y a fait état des divers modèles qui existent au pays pour le partage des soins. Je crois que l'une des étapes les plus critiques pour l'encouragement de cette approche, c'est la mise au point au sein des facultés de médecine, des écoles de pharmacie, des écoles de travail social, des écoles de sciences infirmières, et à l'intérieur des écoles et des secteurs qui font du travail de réinsertion en psychiatrie, de curriculum communs

we have individuals who have stepped forward and started working together collaboratively. They would like to see more of it. When we did a round table at the conference on Saturday, there were just a handful of examples, and they were based upon individual leadership. I think in order to see greater collaborative practice we must start training in collaborative care from the first day of admission to health professional schools across the country.

One other comment I would like to offer is with respect to the questions you have raised under the topic of "Knowledge Translation". I think this is relevant here with respect to Newfoundland's rural and remote communities and the role of telehealth and telepsychiatry. Of the various studies that have been done, looking at the ways in which remote services can be delivered via distance technology, it turns out that psychiatry has extremely high levels of concordance between diagnoses that are offered by a psychiatrist remotely via video conferencing compared to the same individuals being examined on site. Psychiatry, perhaps, can offer the greatest range of its services efficiently and adequately via distance technology versus any other medical specialty. However, we are not having the buy-in and I do not quite know why that is. I think that is an area for research. Given that we have good evidence to say that we can do it remotely, why is there such a preference to staying in the same consulting room? Perhaps what comes to mind is an anecdote from Josh Billings, who says, "Ignorance is not the problem. It is people knowing so many darn things that are not true." I think the effort to incorporate tele-technologies into mental health care services is critical for the future and especially for jurisdictions like Newfoundland and Labrador.

The Chairman: Thank you. I liked that quote. That will inevitably find its way somewhere into our work.

Ms. Jocelyn Greene, Executive Director, Stella Burry Community Services: Good morning, and thank you again for the opportunity to meet with the committee.

I think Senator Gill and Senator Trenholme Counsell were the only two members who were not at my presentation yesterday on Stella Burry Community Services, so I will not go into a detailed description of the programs and services. Perhaps, Mr. Chaulk, you could just pass the copies of my brief over.

Conscious of the five- to seven-minute time frame, I have tried to focus on certain elements in which I believe our organization has a degree of experience and expertise. What I have done in terms of the handout is, again, just put some of my comments in point form and attached a copy of the executive summary of an evaluation of one of our core programs that I think has some value for the committee.

In terms of context, Mr. Chaulk mentioned this because, as he said, he has recently returned to Newfoundland, and we are glad to have him here, but I wanted to just go back over some of the

portant sur la collaboration interprofessionnelle. Je pense qu'il existe divers modèles aujourd'hui parce qu'il y a des personnes qui ont pris l'initiative de travailler ensemble. Elles voudraient qu'il y ait davantage de collaboration. Lors de la table ronde à la conférence de samedi, nous n'avions qu'une poignée d'exemples, et tous étaient fondés sur des initiatives personnelles. Je pense que si nous voulons une pratique axée sur la collaboration, nous devons commencer la formation aux soins collaboratifs le premier jour que les étudiants sont admis aux écoles de santé professionnelles partout au pays.

J'aimerais aussi faire un autre commentaire en réponse aux questions que vous avez posées sous la rubrique « Le transfert du savoir acquis ». Je crois que cela est pertinent dans le contexte des localités rurales et éloignées de Terre-Neuve et du rôle de la télésanté et de la télépsychiatrie. Les diverses études qui ont été faites sur les moyens d'assurer des services en milieux éloignés par le biais de la télétechnologie nous apprennent qu'il y a des niveaux de concordance extrêmement élevés entre les diagnostics qui sont faits par un psychiatre à distance par voie de vidéoconférence comparativement au diagnostic de la même personne examinée sur place. Comparativement à toutes les autres spécialités médicales, la psychiatrie peut offrir la gamme la plus vaste de services d'une manière efficiente et adéquate par le biais de la télétechnologie. Cela étant dit, on n'adhère pas encore à cette idée, et je ne sais pas très bien pourquoi. Je pense que c'est un domaine où il faut faire plus de recherche. Étant donné qu'il est bien prouvé que nous pouvons pratiquer à distance, pourquoi cette préférence pour la salle de consultation? Ce qui nous vient à l'esprit ici, c'est cette anecdote de Josh Billings qui disait : « Ce n'est pas l'ignorance qui fait problème. C'est le fait que les gens savent tant de choses qui sont fausses. » Je crois que l'incorporation des télétechnologies dans les services de santé mentale est essentielle pour l'avenir, et particulièrement dans des provinces comme Terre-Neuve et le Labrador.

Le président : Merci. J'ai aimé cette citation. Je crois qu'elle va finir par se retrouver dans notre rapport.

Mme Jocelyn Greene, directrice exécutive, Stella Burry Community Services : Bonjour, et merci au comité d'avoir accepté de m'entendre de nouveau.

Je crois que les sénateurs Gill et Trenholme Counsell étaient les deux seuls membres du comité qui n'ont pas assisté à mon exposé hier sur Stella Burry Community Services, je ne vais donc pas vous donner une description détaillée de nos programmes et services. Auriez-vous peut-être l'obligeance, monsieur Chaulk, de faire circuler des copies de mon mémoire.

Sachant que je n'ai qu'entre cinq et sept minutes, j'ai essayé de m'en tenir à certains éléments où notre organisation possède à mon avis une certaine expérience et une certaine expertise. Pour structurer mon texte, j'ai rédigé certains de mes commentaires en style télégraphique et j'y ai annexé une copie du résumé de l'évaluation qu'on a faite de l'un de nos principaux programmes qui, à mon avis, présente une certaine valeur pour votre comité.

Pour ce qui est du contexte, M. Chaulk en a parlé parce que, comme il l'a dit, il vient de rentrer à Terre-Neuve, et nous sommes heureux de l'avoir chez nous, mais je tenais seulement à revenir

things that I think have had a significant impact on the status of mental health services in Newfoundland and Labrador. One of the things that Mr. Chaulk alluded to that I would echo is that I remember going to a number of national events in Ontario when the delegates there would be moaning about all the cuts that had occurred with respect to housing and support services, and I remember thinking, "Well, they have lost more than we ever had." What I mean is that we started with very little.

I certainly think a significant factor was the elimination of the Canadian Assistance Plan, along with national standards. While the federal government has funded us with this introduction of CHST, the Canadian Health and Social Transfer Act, that, as we all know, was a reduction in overall funding and also eliminated the guidelines in terms of how monies had to be spent. That had a catastrophic effect on mental health in this province, in my view. In particular, in 1995, the cutbacks from the federal government funding resulted in cutbacks in this province in health care and, in particular, the closure of 97 out of the 127 long-term beds at the Waterford Hospital, which is our provincial psychiatric facility. It is not too strong to say that none of those savings realized from the closure of those beds went back to the community. Wherever they went, they certainly did not come to those of us who work in the community.

If you were a patient on the long-term unit at the Waterford, clearly you had some significant problems in terms of mental health. Subsequently, some of these individuals with a history of severe and persistent illness in this province ended up in slum housing and boarding homes, but many ended up in prison. As a result of the breakdown in their ability to cope, the only place that they could be sure that they would be held and supported was in prison and, in particular, for women in our federal institutions.

As I shared with many of you yesterday, Stella Burry Community Services, SBSCS, is a recognized leader in this province and actually nationally in the provision of residential treatment services for mental health consumers and for homeless young women. In particular, because we guarantee two beds to Correctional Services of Canada, CSC, and have partnered with them since 1985, we are recognized as having done some particularly good work in supporting individuals that go back to the community. We actually have a satellite housing agreement with them and rent a number of apartments and provide support services to them.

As a result, in 1999, we were contracted by Correctional Services to develop a range of support services and housing options for a group of female offenders who had complex mental health problems and who were due to be released from federal institutions during the next year. We researched the literature and

sur certaines choses qui, à mon avis, ont eu une incidence considérable sur le statut des services de santé mentale à Terre-Neuve et au Labrador. L'une des choses auxquelles M. Chaulk a fait allusion et que j'aimerais reprendre, c'est que je me rappelle avoir assisté à diverses conférences nationales en Ontario où les délégués se plaignaient de toutes les compressions qui avaient été opérées au niveau du logement et des services de soutien, et je me rappelle avoir pensé : « Et bien, ils ont perdu plus que ce que nous avons. » Ce que je veux dire, c'est que nous avions commencé avec presque rien.

Chose certaine, je crois que l'abolition du Régime d'assistance publique du Canada, et des normes nationales qui l'accompagnaient, a été un facteur important. Même si le gouvernement fédéral a maintenu son financement avec l'introduction du TCSPS, le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux, tout ce que nous savons, nous, c'est qu'on a réduit le financement général et aboli aussi les lignes directrices régissant l'emploi des crédits. Cela a eu un effet catastrophique sur la santé mentale dans notre province, à mon avis. En particulier, en 1995, les compressions du gouvernement fédéral ont provoqué d'autres compressions dans notre province en santé et, en particulier, la fermeture de 97 lits sur 127 lits voués aux soins de longue durée à l'Hôpital Waterford, l'institut psychiatrique provincial. Il n'est nullement exagéré de dire qu'aucune des économies qu'on a réalisées avec la fermeture de ces lits n'ont été réinvesties en milieu communautaire. J'ignore ce qu'on en a fait, mais chose certaine, ceux d'entre nous qui oeuvrons en milieu communautaire n'en avons nullement profité.

Si vous étiez admis à l'unité des soins de longue durée au Waterford, c'était manifestement parce que vous aviez de graves problèmes de santé mentale. Subséquemment, certaines personnes ayant des antécédents de maladies graves et chroniques dans notre province se sont retrouvées dans des taudis et des foyers, mais un grand nombre d'entre elles ont également abouti en prison. Parce qu'elles étaient incapables de s'en tirer, le seul lieu où elles pouvaient être sûres qu'on les garderait et qu'on les aiderait, c'était en prison, en particulier, pour les femmes dans nos établissements fédéraux.

Comme je l'ai dit à bon nombre d'entre vous hier, les Stella Burry Community Services, les SBSCS, sont un chef de file reconnu dans notre province et même au niveau national pour la prestation de services de traitement résidentiel s'adressant aux clients en santé mentale et aux jeunes femmes sans abri. En particulier, étant donné que nous garantissons deux lits à Service correctionnel Canada, SCC, et que nous sommes leur partenaire depuis 1985, on reconnaît que nous avons accompli un travail particulièrement efficace dans le soutien aux personnes qui réintègrent la société. Nous avons en fait un accord satellite sur le logement avec SCC et nous louons un certain nombre d'appartements et fournissons des services de soutien à ces personnes.

En conséquence, en 1999, Service correctionnel a conclu un contrat avec nous pour la création de toute une gamme de services de soutien et d'options de logement pour un groupe de délinquantes ayant des problèmes de santé mentale complexes et qui allaient être libérées des établissements fédéraux au cours de

visited supportive housing models across the country and, building on our own success, we made a series of recommendations to the four provincial ministers responsible for health, housing, income support and justice, as well as senior Correctional Services officials.

SBCS subsequently piloted an innovative community support program based on a home support model somewhat similar to ACT teams that you have referenced in your reports, but with some significant differences in that many of the ACT teams in places like Ontario are more institutional models moved to the community. Ours is very much rooted in the community and then linked back to our support services. An evaluation of the program has shown a dramatic reduction in hospital and incarceration rates. As I said, the executive summary, which you all have, offers an explanation of the program but the highlight is the decrease in prison days, which was 73 per cent, and the decrease in hospital bed days, which was 39.2 per cent. If you costed them out, those percentages reflect significant savings in both those systems, never mind the chaos of lock-ups and the involvement of case management workers, and so on, as I referenced yesterday.

I think the cost benefit analysis was important to do. I think we need to do more of that. It is difficult to access those records, and our evaluators really worked hard. In addition, the quality-of-life descriptions that are peppered throughout this document, the 12 stories, one of which is attached, are a profound reflection of the change of life for the people involved.

When we started this process, I kid you not, we sat around with people from all the systems who said, "They are not my problem," or, "They were in federal institution and they were not on our soil." In other words, we started with really no buy-in because this is the group of people that drove everybody crazy. I cannot emphasize that enough. Now we have significant buy-in from psychiatric and social systems and from the short-stay unit, but we still have a ways to go. We certainly need significantly more funding and we are hoping to expand the program.

The links to housing and employment are critical. Again, I described those to you yesterday, so I will not belabour that point.

I should like now to address some conclusions that I did not speak to you about yesterday. While I think there has certainly been a lot of progress in the formal mental health system, such as the Early Psychosis program, Dr. Callanan's comments about interdisciplinary collaboration, and so on, we need to take it even further. The formal mental health system is still too hierarchal and pathology-based. Yes, obviously, there are severe, legitimate mental illnesses that need treatment and medication, but I think we often fail to factor in the systemic roots of many mental health

l'année à venir. Nous avons fait la recherche documentaire voulue et visité des modèles de soutien au logement partout au pays et, à partir de notre propre réussite, nous avons adressé une série de recommandations aux quatre ministres provinciaux responsables de la santé, du logement, du soutien au revenu et de la justice, ainsi qu'aux responsables de Service correctionnel.

Les SBCS ont subséquemment piloté un programme novateur de soutien communautaire basé sur un modèle de soutien au logement quelque peu semblable aux équipes TCA que vous avez mentionnées dans vos rapports, mais avec des différences importantes dans la mesure où bon nombre des équipes TCA dans des provinces comme l'Ontario sont davantage des modèles institutionnels installés en milieu communautaire. Le nôtre est très ancré dans notre milieu communautaire et branché à nos services de soutien. L'évaluation du programme a démontré qu'il y avait eu une réduction considérable dans les taux d'hospitalisation et d'incarcération. Comme je l'ai dit, le résumé que vous avez tous explique le programme, mais son point saillant est la diminution du nombre de jours de prison, qui était de 73 p. 100, et la diminution de jours d'hospitalisation, qui était de 39,2 p. 100. Si l'on établit le coût de cela, il reflète des économies importantes dans les deux systèmes, et je ne parle même pas des perturbations que causent les incarcérations, où les gestionnaires de cas sont obligés d'intervenir, et tout le reste, comme je le mentionnais hier.

Je pense qu'il était important de faire cette analyse de rentabilité. Je crois aussi que nous devons en faire davantage. Il est difficile d'avoir accès à ces dossiers, et nos évaluateurs se sont vraiment donnés beaucoup de mal. En outre, les descriptions de la qualité de la vie qu'on retrouve partout dans ce document, les douze récits, dont l'un est annexé, reflètent très bien les changements qui se sont opérés dans la vie des intéressés.

Lorsque nous avons amorcé ce processus, je ne plaisante pas, nous avions autour de nous des personnes qui représentaient tous les systèmes et qui disaient : « Ce n'est pas mon problème », ou « ils étaient en établissement fédéral et ils n'étaient pas sur notre territoire. » Autrement dit, il n'y avait aucune adhésion au départ parce qu'il s'agissait du groupe de personnes qui rend tout le monde fou. Je ne peux pas le souligner assez. Nous bénéficions aujourd'hui de l'adhésion massive des systèmes psychiatriques et sociaux et des gestionnaires des unités de soins intensifs, mais nous avons encore beaucoup de chemin à faire. Mais chose certaine, nous avons besoin de crédits beaucoup plus importants et nous espérons élargir le programme.

Les liens avec le logement et l'emploi sont essentiels. Je vous en ai parlé hier, je ne m'attarderai donc pas là-dessus.

J'aimerais maintenant aborder certaines conclusions dont je ne vous ai pas parlé hier. Même si à mon avis on a sûrement fait beaucoup de progrès dans le système de santé mentale structuré, par exemple avec le programme d'intervention précoce pour la psychose, ou les commentaires du Dr Callanan sur la collaboration interdisciplinaire, et cetera., nous devons aller encore plus loin. Le système de santé mentale établi est encore trop hiérarchique et axé sur la pathologie. Oui, il est évident qu'il existe des maladies mentales graves qui nécessitent un traitement

problems, such as poverty, abuse, discrimination, the lack of child care and affordable housing. I think if a lot of those issues were addressed, certainly a lot of the people who are coming through our formal systems would not need to be there.

The formal system is often ineffective and, unfortunately, frequently compounds individual's problems. Some of my colleagues here were at meetings when we were looking at our new mental health strategy, and doctors themselves were saying, "We need to close the Waterford. It is damaging to the patients." There is a need to train health professionals differently across the board with respect to the systemic roots of problems as well as responding to individual client issues. I am not saying that we do not need to treat individuals, but we need to be doing it in a broader context.

We need to be developing community resources. We have an absolute lack of community development. Years ago in this province, with the extension service, we probably led the country with respect to community development. It is a very important resource and it has kind of gone off the radar. We speak of community capacity building, but where are we training professionals? When I did my master of social work degree, I could not do a stream in community development other than asking them to allow me to do some specific course work.

Securing the resources of a full-time community development worker in this community was a critical factor in the success of the local homelessness initiative. We had one of the most successful initiatives in the country. We had a full-time community development worker who brought everybody together, government levels and community services, and we made a plan that said, "What are our priorities? How are we to deal with the situation?" and we supported each other in doing that. Without somebody to do that work, we are missing the boat.

I want to give a little example. Most of you have heard about the crisis in Harbour Breton, and it is not difficult to see what will happen down there with everybody out of work. We will get reports of increased alcoholism, increased depression, family violence. There are three ways to respond. We can set up a charity model and give them food banks and income support. The Health Care Board can send in a whole pile of mental health and social workers and doctors and treat them for depression and help them with their alcoholism on an individual basis, and maybe some of that is necessary. However, we could also be funding a community development worker who could go in and bring people together and say, "You have every right to be angry, but how are we to find a new infrastructure, new ways of working and work with that anger?" What I mean is, we need to do all three.

et une médication, mais je crois qu'on oublie souvent de prendre en compte les causes systémiques de nombreux problèmes de santé mentale, par exemple, la pauvreté, la maltraitance, la discrimination, l'absence de services de garde pour les enfants et l'absence de logements abordables. Je pense que si l'on intervenait dans bon nombre de ces problèmes, il y a beaucoup de monde qui entre dans le système qui n'aurait pas besoin d'être là.

Le système établi est souvent inefficace et, malheureusement, il aggrave souvent les problèmes de la personne. Certains de mes collègues ici présents ont assisté à des rencontres où l'on discutait de notre nouvelle stratégie en santé mentale et les médecins eux-mêmes disaient : « Il faut fermer le Waterford. Il fait du tort aux patients ». Il faut former les professionnels de la santé différemment à tous les niveaux pour qu'ils puissent tenir compte des causes systémiques des problèmes de santé mentale et répondre aux problèmes de chaque patient. Je ne dis pas que nous ne devons pas traiter les personnes, mais je dis que ce traitement doit être assuré dans un contexte plus global.

Nous devons développer des ressources communautaires. Le développement communautaire est résolument absent. Il y a plusieurs années de cela, dans notre province, avec le service d'extension, nous étions probablement les premiers au pays au niveau du développement communautaire. C'est une ressource très importante qui a en quelque sorte disparu. On parle d'édifier des capacités communautaires, mais où forme-t-on les professionnels? Lorsque j'ai fait ma maîtrise en travail social, je ne pouvais pas faire de stage en développement communautaire autrement qu'en demandant à suivre un cours particulier.

Si l'initiative locale pour les sans-abri a réussi chez-nous, c'est parce que nous avons pu obtenir les services d'un travailleur de développement communautaire à plein temps. Notre initiative a été l'une de celles qui a le mieux réussi au pays. Nous avions un travailleur de développement communautaire à temps plein qui a réuni tout le monde, les paliers de gouvernement et les services communautaires, et nous avons tracé un plan qui disait : « Quelles sont nos priorités? Comment allons-nous régler la situation? ». Et nous nous sommes entraînés dans la mise en oeuvre de ce plan. S'il n'y a personne en particulier pour faire ce travail, on est sûr de manquer le bateau.

Je vais vous donner un petit exemple. La plupart d'entre vous avez entendu parler de la crise qui sévit à Harbour Breton, et l'on entrevoit aisément ce qui va se passer là-bas avec tout ce chômage. On va bientôt parler d'alcoolisme accru, d'augmentation du nombre de dépression, de violence familiale. Il y a trois façons de réagir. On peut créer un modèle caritatif où l'on ouvrira des banques alimentaires et assurer le soutien du revenu. L'Autorité de santé peut dépêcher sur place une armée de travailleurs en santé mentale, de travailleurs sociaux et de médecins qui soigneront les personnes déprimées et les aideront de se sortir de l'alcoolisme sur une base individuelle, et il se peut que certaines interventions de ce genre soient nécessaires. Cependant, on pourrait aussi créer un poste de travailleur de développement communautaires qui irait sur place et qui unirait les gens et

People need to eat, people's needs must be addressed, but we do not do the third one very well at all, and nobody is funding it.

There is a need for vastly increased funding for supportive housing and employment programs. Government departments must work collaboratively and break down silos. We are trying to do that provincially. In terms of joint Treasury Board submissions, if you give me money to do housing, I am saving you money in your mental health system. People need to talk to each other. The strategic social plan in Newfoundland has begun to implement elements of that. How do we make it operational? The federal government has failed dismally at this. The delivery systems are too cumbersome and inefficient. We get great responses from people like you, from the ministers, but the federal bureaucrats put up so many barriers to getting any funding. I am telling you, this is a bad week for me. There are huge proposals to fill out, and then resubmissions, and then estimates. Obviously, there is a big problem there.

The SCPI model was actually very effective. I thought it would be cumbersome but I have since realized that it actually worked very well and maybe it should be considered as a model for delivery of funding for community-based mental health initiatives.

I have some recommendations based on a reading of your report. I do think we should adopt a national action plan. However, I think the federal government needs to get out of the way. It needs to provide targeted and significant levels of funding for mental health services with provinces only able to access the funding if they deliver programs in line with national standards, with no "ifs", "ands" or "buts".

Funding and training is needed for specialized home support services. That came out of the Romanow report. It has not materialized. Our program shows that that is a very effective use of resources. However, these people need to have equitable salary, training and benefit packages. Paying people \$7 an hour to stay overnight with people whom the Waterford Hospital can barely manage is a bit ridiculous.

We must provide enhanced resources for community groups. I do not know how we will do it because of all the bureaucracy, but groups like us need access to funding for housing, comptroller functions and project development. We have 45 units now. I need a housing/tenant relations officer. My budget is \$3 million and I have 71 employees.

dirait : « Vous avez parfaitement le droit d'être en colère, mais comment allons-nous trouver une nouvelle infrastructure, de nouvelle façon de travailler et de maîtriser cette colère? » Ce que je veux dire, c'est que nous devons faire ces trois choses. Les gens ont besoin de manger, il faut combler les besoins des gens, mais le troisième élément est souvent absent, et personne ne finance ce genre d'initiatives.

Il faut financer massivement le soutien au logement et les programmes d'emploi. Les ministères doivent travailler la main dans la main et en finir avec le cloisonnement. Nous essayons de faire cela à l'échelle provinciale. Pour ce qui est des représentations communes au Conseil du Trésor, si vous me donnez de l'argent pour faire du logement, je vais vous économiser de l'argent pour votre système de santé mentale. Il faut que les gens se parlent. Le plan stratégique social de Terre-Neuve a commencé à mettre en œuvre des éléments en ce sens. Comment allons-nous opérationnaliser cela? Le gouvernement fédéral a échoué de manière lamentable sur ce point. Les systèmes de prestation sont trop lourds et inefficients. Les gens comme vous, les ministres, réagissent très bien, mais les bureaucrates fédéraux ne font qu'entraver le financement. Je vous dis que je n'ai pas eu une bonne semaine. Il faut rédiger des propositions qui n'en finissent plus, puis faire de nouvelles présentations, et ensuite présenter un budget. De toute évidence, il y a un gros problème de ce côté.

Le modèle IPAC s'est avéré très efficace. Je pensais qu'il serait trop lourd, mais je me suis rendu compte depuis qu'il marche en fait très bien, et qu'on devrait peut-être en faire un modèle pour le financement des initiatives communautaires en santé mentale.

J'ai quelques recommandations à vous faire qui s'inspirent de ce que j'ai lu dans votre rapport. Je crois sincèrement qu'il faut adopter un plan d'action national. Je crois cependant que le gouvernement fédéral doit s'ôter du chemin. Il doit accorder des crédits ciblés et importants pour les services de santé mentale, et les provinces n'auraient droit à ce financement que si leurs programmes sont conformes en tous points à des normes nationales, sans porte de sortie pour personne.

Il faut des fonds et de la formation pour les services spécialisés de soutien à domicile. C'est ce que proposait le rapport Romanow. Cette proposition ne s'est pas concrétisée. Notre programme prouve que nous utilisons très efficacement nos ressources. Cependant, il faut verser à ces personnes un salaire équitable, leur offrir la formation et les avantages sociaux voulus. Payer 7 \$ l'heure à quelqu'un qui va s'occuper toute la nuit d'une personne que l'Hôpital Waterford n'arrive pas à contrôler, c'est un peu ridicule.

Nous devons assurer des ressources accrues aux groupes communautaires. Je ne sais pas comment on va faire cela à cause de toute cette bureaucratie, mais les groupes comme le nôtre ont besoin de financement pour le logement, les fonctions de contrôleur et le développement de projets. Nous avons en ce moment 45 unités. J'ai besoin d'un agent chargé des relations avec les locataires. Mon budget est de 3 millions de dollars, et j'ai 71 employés.

Again, funding must be provided for community development and to assist systems and organizations in the transformation from a rehabilitation approach to one of radical renewal. This is critical so that we are not limited to an individual-based approach. Mental health services must truly value and engage consumers in the solutions to their problems and truly work with them. We must also concurrently address the systemic roots of many mental health issues; otherwise, in terms of treating people for their depression, or whatever their disorder is, we are simply keeping them comfortable in their misery. That is unacceptable.

The Chairman: May I thank all three of you for your thoughtful and provocative comments.

Ms. Greene, I have three questions for you. First of all, I get so bogged down in acronyms. What does "SCPI" stand for?

Ms. Greene: Supporting Community Partnerships Initiative.

The Chairman: I have two related questions. First, what made it so effective? My gut tells me, and please tell me if I am wrong, that what really made it so effective was the minister as opposed to the program.

Ms. Greene: Certainly, Minister Claudette Bradshaw was a force that believed in the —

The Chairman: Was a force to be reckoned with. Trust me, if you were inside the federal system, she was a force to be reckoned with, which was awesome.

Ms. Greene: I tell you, I have been hugged by her to her bosom for 10 minutes while she gave a speech in Ottawa. I was thinking, what do I do now?

What was the community planning process? Some of us debated this in the beginning, but the program stated that there had to be a community plan that brought together all stakeholders from municipal, federal and provincial levels involved with housing, income support, health and so on — all the players, as well as community groups that had a stake in this. The group we hired actually used consumers to do some of the research. We wrote a plan that said, "These are the priorities for our community." One of the priorities that we indicated was to hire a community development worker, and we hired one of the best in the country: Bruce Pearce was a very skilled individual who really brought people together in true community development style to help people bring their own issues to the table while, at the same time, fostering true collaboration. That was the key.

The other thing I want to mention is that I thought the delivery system would be cumbersome but actually our requests went right to the secretariat. Once we decided, okay, these are the proposals that we want, a shelter for this or the urgent needs proposal that we did at Carew Lodge, it went through a local committee, which was very effective, and then we did not have to go through HRDC, which we now have to go through as well as other layers.

Je le répète, il faut financer le développement communautaire et aider les systèmes et les organisations à passer d'une approche de réinsertion à un renouvellement radical. Il est essentiel de faire cela si nous ne voulons pas nous limiter à une approche individuelle. Les services de santé mentale doivent vraiment valoriser les clients, les encourager à trouver des solutions à leurs problèmes et travailler vraiment main dans la main avec eux. En parallèle, nous devons aussi nous attaquer aux causes systémiques de nombreux problèmes de santé mentale; sans quoi, lorsqu'il s'agit de traiter des personnes déprimées, ou quel que soit le désordre dont elles souffrent, nous allons simplement les maintenir dans leur misère. Cela est inacceptable.

Le président : Permettez-moi de vous remercier tous les trois pour ces commentaires réfléchis et audacieux.

Madame Greene, j'ai trois questions à vous poser. Tout d'abord, je ne m'y retrouve pas dans tous ces sigles. Que veut dire « SCPI »?

Mme Greene : Initiative de partenariats en action communautaire.

Le président : J'ai deux questions à ce sujet. D'abord, qu'est-ce qui explique votre succès? Mon instinct me dit, et corrigez-moi si j'ai tort, que cette réussite est attribuable à la ministre et non au programme lui-même.

Mme Greene : Chose certaine, la ministre Claudette Bradshaw était une force qui croyait dans...

Le président : Était une force avec laquelle il fallait compter. Croyez-moi, si vous étiez à l'intérieur du système fédéral, c'était une force avec laquelle il fallait compter, et elle était formidable.

Mme Greene : Je vous le dis, j'étais accrochée à ses lèvres pendant 10 minutes lorsqu'elle a donné un discours à Ottawa. Et je me disais, qu'est-ce que je fais maintenant?

Quel était le processus de planification communautaire? Certains d'entre nous en avons discuté au début, mais le programme disait qu'il devait exister un plan communautaire qui réunirait tous les intervenants des paliers municipal, fédéral et provincial chargés du logement, du soutien au revenu, de la santé et de tout le reste : tous les acteurs ainsi que les groupes communautaires y trouvaient leur intérêt. Le groupe que nous avons engagé a en fait employé des consommateurs pour faire une partie de la recherche. Nous avons rédigé un plan qui disait : « Voici les priorités de notre milieu. » L'une de nos priorités était le recrutement d'un travailleur de développement communautaire, et nous avons engagé l'un des meilleurs au pays : Bruce Pearce, qui était une personne très compétente qui a vraiment su unir les gens dans une véritable optique de développement communautaire afin de les aider à faire état de leurs problèmes tout en les encourageant à collaborer vraiment. C'était l'essentiel.

L'autre chose que je veux mentionner, c'est que je croyais que le système de prestation serait lourd, mais en fait, nos demandes étaient adressées directement au secrétariat. Une fois qu'on avait décidé, d'accord, voici les propositions que nous avons, nous voulons un abri, ou nous avons ces besoins urgents à Carew Lodge, ça passait par un comité local qui était très efficace et nous n'avions pas à passer par DRHC, ce que nous devons faire

We actually had a very good city facilitator here. He was a Human Resources Development Canada employee, but he was extremely knowledgeable and on side. Then it went directly up to the secretariat, and I have to tell you, not only was Claudette Bradshaw there but her executive assistant was a Newfoundlander who was very skilled. You know that all of these Newfoundlanders at your table are your own roots. So it worked; it went there, it got through the system and the funding came out. I have since realized that while I thought that the system was cumbersome, subsequent layers have now been added to the process making it truly cumbersome. However, I think the key elements were that it was established by the community, we had buy-in, and we supported each other. For example, the Salvation Army just got \$1.18 million for the Wiseman Centre. I needed \$800,000 for Rawlins Cross, but there is no question that we needed to redo that Wiseman Centre, so the rest of us said, "Fine, that is priority one. This is priority two." We came together and we did that and then we had a fairly efficient delivery system, even though, as I said, I thought it was extremely cumbersome at the time. I have since realized, having now dealt with other government agencies, that for the federal government it was probably not too bad.

The Chairman: My second question really deals with the work you have done with inmates.

Ms. Greene: Yes.

The Chairman: I think it is fair to say that most of us were appalled, and that is being generous, at the description given by Corrections Services of Canada officials in their own description, in their own words, of the lack of mental health treatment they give to their inmates. It is truly unbelievable, and it stems from all the evaluations they have had done of their system, so this is not an outside commentator.

Ms. Greene: Yes.

The Chairman: It is truly appalling. It may also be true that they think they are one of the best in the western world. By the way, those two statements are not inconsistent when you think of chain gangs and work crews that you see if you are driving through the southern United States, and so on.

Having just skimmed through your report and talked to you yesterday about the cost effectiveness of your program, which is enormous, can you tell us, why is it that a program such as that, which seems to work and, what is more important from the bean counters' point of view, is very cost effective, is not happening all across the country? I assume this is true because we have not heard about it anywhere else. Why is that, and is it possible to extend your program? I know you have worked with some men, but is it seen as a predominantly female issue?

Ms. Greene: No, we will be equal on that. We have extended it to men.

maintenant sans compter les autres étapes. Nous avons un très bon facilitateur. C'était un employé de Développement des Ressources humaines Canada, mais il connaissait très bien son affaire et il était avec nous. De là, on allait directement au secrétariat, et je dois vous le dire, il y avait non seulement Claudette Bradshaw là, mais son adjoint exécutif était un Terre-Neuvien très compétent. Vous savez que tous ces Terre-Neuviens à votre table représentent vos racines à vous. Donc, cela a fonctionné; nous avons envoyé notre demande, elle est passée par le système et nous avons obtenu les fonds voulus. Je me suis rendu compte depuis que si je croyais que ce système était lourd, les étapes qui ont été ajoutées depuis au processus l'alourdissent vraiment. Cependant, je crois que les éléments essentiels étaient que le projet provenait du milieu, les gens embarquaient, et nous nous encourageons les uns les autres. Par exemple, l'Armée du Salut vient d'obtenir 1,18 million de dollars pour le Centre Wiseman. J'avais besoin de 800 000 \$ pour Rawlins Cross, mais il ne faisait aucun doute que nous devions rebâtir le Centre Wiseman, donc nous avons dit : « Très bien, c'est la priorité numéro un. Voici la priorité numéro deux. » Nous nous sommes réunis et nous avons fait cela, et nous nous sommes retrouvés avec un système de prestation assez efficace, même si, comme je l'ai dit, je le trouvais extrêmement lourd à l'époque. Je me suis rendu compte depuis, pour avoir fait affaire avec d'autres organismes gouvernementaux, que pour le gouvernement fédéral, ce n'était pas si lourd que ça.

Le président : Ma deuxième question porte sur le travail que vous avez fait avec les détenus.

Mme Greene : Oui.

Le président : Je pense que nous étions tous horrifiés — même plus qu'horrifiés — par les propos des fonctionnaires de Service correctionnel Canada au sujet du manque de traitement en santé mentale chez les détenus. C'est eux-mêmes qui ont parlé des lacunes. C'est incroyable. Ces lacunes ont été décelées par les évaluations qu'ils ont faites de leur système, donc nous ne parlons pas de commentaires provenant de l'extérieur.

Mme Greene : Oui.

Le président : Nous sommes horrifiés. C'est peut-être tout aussi vrai qu'ils estiment qu'ils ont un des meilleurs systèmes dans le monde occidental. Mais ce serait bien possible — vous n'avez qu'à penser aux équipes de travail qu'on voit si on passe en voiture dans le sud des États-Unis, par exemple.

Je viens de lire votre rapport en diagonale, hier nous avons parlé de la rentabilité de votre programme, qui est énorme. Pouvez-vous nous dire pourquoi un programme comme celui-ci, qui semble fonctionner, et qui est aussi très rentable, une chose très importante du point de vue des comptables — n'existe pas dans toutes les régions du Canada? Je suppose qu'il n'existe pas autre part, parce que nous n'en avons pas entendu parler. Pourquoi est-ce qu'il n'existe pas autre part? Est-ce que votre programme pourrait être élargi? Je sais que vous avez travaillé avec certains hommes, mais est-ce que cette question est vue comme étant principalement une question touchant les femmes?

Mme Greene : Non, nous allons faire preuve d'équité. Nous avons élargi le programme pour inclure les hommes.

The Chairman: Is there some reason why you focused on women? It is because the male cases are harder to deal with? Why is it not happening elsewhere?

Ms. Greene: Actually, we started with women because, as I said, Correctional Services of Canada had identified back in 1999 that they had six or eight women with mental health issues. Newfoundland had the dubious distinction of having the highest per capita number of women offenders with complex mental health needs in the federal justice system at that time. When we went to Kingston Penitentiary before they closed, they had one unit still open with only 10 women. Two of them were Newfoundland women on this one high-needs unit.

The Chairman: Two out of 10?

Ms. Greene: Yes. One reason that they kept Kingston Penitentiary open so long when there was hardly anybody left in there was because of trying to decide what they were going to do with these 10 women. In terms of what we are doing, then, it becomes an issue of policy. I mean, we still have no policy. Our provincial government's official policy is that there is no home support system for mental health consumers. We literally got this started because of one woman, whose story is the first one attached to this report, who had had a horrendous history within the mental health system. She said, "I cannot be alone. I have been in an institution so long, and kept coming out and revolving and revolving." We said, "We need to advocate for home care for you," so she phoned the supervisor, who was Brian Addison, 60 times a day and he literally went to the Health Care Board afterwards and said, "I approved it," apparently because he is a good guy and realized that this woman has been —

The Chairman: Is it Tina Marie's story that is at the back?

Ms. Greene: Yes. It started with one person and we have built on it. I actually testified at the Luther inquiry concerning the impact of this program, and as a result of that, actually, our provincial government did provide more funding for us last year. I suppose it is like anything else, but this is a good example of needing to get buy-ins from all the different departments and the need to have this coordinated. You are dealing with all these different bureaucrats in different departments — housing, justice and so on. It comes down to resources as well. One of the things on my list is to try to get a presentation made to the four new provincial ministers.

In terms of what is happening across the country, there are certainly programs that are somewhat similar. Again, this comes down to resources. Corrections gave us money to research this area, and we actually went across the country to several jurisdictions. Calgary is doing some really good work with their forensic unit. In B.C., one of the models was the Intermin(?) Stereo project, which was similar to the one we developed with people coming together, the one-to-10 caseload, their coffee fund, just funding people to do this hands-on work. Thus there are some models across the country and we have some funding now

Le président : Pourquoi vous êtes-vous concentrés sur les femmes? Est-ce que les hommes sont plus difficiles à traiter? Pourquoi est-ce que ce programme n'existe pas autre part?

Mme Greene : Nous avons commencé avec les femmes parce que, comme j'ai déjà mentionné, en 1999, le Service correctionnel avait décelé six ou huit femmes avec des troubles de santé mentale. Terre-Neuve a la triste réputation d'avoir le taux le plus élevé de troubles mentaux complexes chez les femmes aux prises avec le système judiciaire fédéral à l'époque. Quand nous sommes allés au pénitencier de Kingston avant qu'il ne ferme, une unité pour les femmes ayant des besoins spéciaux était encore ouverte et ne contenait que 10 femmes. Deux d'entre elles étaient de Terre-Neuve.

Le président : Deux sur 10?

Mme Greene : Oui. En fait, le Service correctionnel a dû maintenir le pénitencier de Kingston ouvert pendant si longtemps, même s'il ne restait presque personne dans l'institution, parce qu'ils essayaient de décider quoi faire avec ces 10 femmes. Pour ce qui est de notre travail, ça devient une question de politique. Nous n'avons toujours pas de politique. D'après la politique officielle de notre gouvernement provincial, il n'y a toujours pas d'appui au domicile pour les personnes avec des troubles mentaux. Tout cela a commencé à cause d'une seule femme. Son histoire est la première qui est annexée au rapport. Elle a eu des expériences terribles au sein du système de santé mentale. Elle dit qu'elle ne peut pas être seule. Elle a passé tant de temps en institution, et elle en est sortie et y est revenue de nombreuses fois. Nous avons dit que nous allions recommander des soins à domicile. Elle téléphonait sans arrêt à Brian Addison, le superviseur, qui est allé à la commission pour dire qu'il avait accepté sa demande. Parce qu'il semble être un bon gars et il a compris que cette femme a été...

Le président : Est-ce que c'est l'histoire de Tina Marie, à la fin du rapport?

Mme Greene : Oui. Cela a commencé avec une personne, et nous avons bâti là-dessus. J'ai comparu lors de l'enquête Luther au sujet de l'impact de ce programme. À cause de cela, notre gouvernement provincial nous a donné un plus grand budget l'année passée. Je suppose que c'est comme tout le reste — il faut que tous les ministères acceptent de participer, et il faut que le tout soit coordonné. On travaille avec tous ces bureaucrates différents dans différents ministères, comme celui qui s'occupe du logement, le ministère de la justice, et cetera. C'est aussi une question de ressources. Une des choses que je veux faire, c'est une présentation pour les quatre nouveaux ministres provinciaux.

Dans le reste du Canada, il y a certainement des programmes qui ressemblent à celui-ci. Une fois encore, c'est une question de ressources. Le Service correctionnel nous a donné des fonds pour faire des recherches dans ce domaine, et nous avons visité certaines provinces canadiennes. Calgary fait du très bon travail avec son service de médecine légale. En Colombie-Britannique, un des modèles que nous avons vus était le projet Intermin(?) Stereo, qui ressemblait à celui que nous avons développé. Dans le nôtre, les gens se regroupent, il y a un intervenant pour chaque groupe de 10 personnes, et un fonds pour le café, et en fait on donne aux

from crime prevention to write up the elements of this project and to further extend it. We hope to look at what is happening across the province and what we need to get more buy-in. Oftentimes, however, it becomes a question of resources and this whole issue of bringing people together and educating them. I mean, that is what community development work is all about.

The Chairman: Dr. Callanan, I have two quick questions. What you called “community treatment orders,” is that what other parts of the country call ACT, assertive community treatment?

Dr. Callanan: Assertive community treatments? No, the community treatment orders, also sometimes called “mandatory treatment orders,” are the provisions in provincial mental health acts wherein individuals in the community can be required, under the statute, to continue their follow-up for psychiatric care.

The Chairman: They are required to continue to take medications?

Dr. Callanan: They are required to take medications and to attend appointments. Programs for assertive community treatment are voluntary programs. They tend to be interdisciplinary teams and would be an ideal group to serve the needs of individuals with severe and persistent mental illness. They would be a well-suited group to be mandated to maintain the contact with the individual who has the community treatment order.

The Chairman: I know you are correct with respect to Ontario at least, but are you saying that in some provinces you can be required to take this treatment, but that you are not legally required to take it in Newfoundland? Is that correct?

Dr. Callanan: That is right, and it is also true in Saskatchewan. I believe Saskatchewan was the first province to establish this and Quebec is very close to having something similar. Their approach has been to have it incorporated into the act for individuals who had been involuntarily in the hospital, to have leave from the hospital.

The Chairman: It seems to me that this immediately gets into the whole issue of mandated programs, privacy and a lot of other issues. That is what creates the resistance to doing it, I assume?

Dr. Callanan: Yes, I believe that is true.

The Chairman: Very well. My second question is with regard to tele-mental health. By the way, somewhere very early on in this process, although not in this session, somebody referred to it as “Greyhound therapy” because there was no telehealth and so the individual had to get on a Greyhound bus for two hours in order to go for a counselling session. Intuitively, it seems to me that tele-mental health ought to work better than almost any other area of the health care system because the procedure is essentially

gens le financement qu’il faut pour ce travail pratique. Donc, il y a certains modèles dans d’autres parties du Canada, et nous recevons du financement des services de prévention du crime pour documenter le projet et pour l’élargir. Nous espérons voir ce qui se fait dans la province et ce qu’il nous faut pour encourager les autorités à mieux participer. Or, c’est souvent une question de ressources et une question de regrouper les gens et de les éduquer. C’est ça, le travail de développement communautaire.

Le président : Docteur Callanan, j’ai deux brèves questions. Ce que vous appelez une « ordonnance de traitement en milieu communautaire », c’est bien ce qu’on appelle le suivi intensif dans le milieu dans d’autres parties du Canada, n’est-ce pas?

Dr Callanan : Le suivi intensif dans le milieu? Non. Les ordonnances de traitement en milieu communautaire, qu’on appelle parfois des ordonnances de traitement obligatoire, découlent des dispositions des lois provinciales sur la santé mentale. En vertu de ces lois, certaines personnes en milieu communautaire peuvent être obligées de continuer le suivi de traitement psychiatrique.

Le président : Elles sont obligées de continuer à prendre des médicaments?

Dr Callanan : Elles sont obligées de prendre des médicaments et d’aller à leurs rendez-vous de traitement. Les programmes de suivi intensif dans le milieu sont des programmes volontaires. Les intervenants ont tendance à être des équipes interdisciplinaires, un groupe idéal pour répondre aux besoins de personnes avec des troubles mentaux graves et persistants. Ce serait le groupe idéal à mandater pour le maintien du contact avec une personne qui a reçu une ordonnance de traitement obligatoire.

Le président : Je sais que vous avez raison pour ce qui est de l’Ontario, mais dites-vous que dans certaines provinces on peut vous obliger à être traité, mais pas à Terre-Neuve? Est-ce que c’est correct?

Dr Callanan : C’est correct, et c’est la même chose en Saskatchewan. Je pense que la Saskatchewan a été la première province à établir ce système, et le Québec aura bientôt un système semblable. Ces dispositions ont été incluses dans la loi pour les personnes qui ont intégré l’hôpital de façon involontaire, et elles doivent être traitées si elles veulent quitter l’hôpital.

Le président : Cela nous amène dans le domaine des programmes obligatoires, de la vie privée et d’autres questions. Je suppose que c’est à cause de ça qu’on est réticent à établir ces programmes?

Dr Callanan : Je pense que oui.

Le président : Bon. Ma deuxième question porte sur la télé-santé mentale. Au début de nos travaux, mais pas pendant cette session, quelqu’un l’a qualifiée de « thérapie Greyhound » parce qu’il n’y a pas de programme de télé-santé, donc la personne devait passer deux heures dans un autobus Greyhound pour aller à une session de counseling. Si je suis mon instinct, j’ai l’impression que la télé-santé mentale devrait fonctionner mieux que presque tout autre domaine du système de soins de santé, parce que la

the same. You do not need a hands-on procedure. You indicated that it did work well?

Dr. Callanan: Yes, and the data is there for that, too.

The Chairman: Have researchers actually attempted, in some sense, to go beyond my natural intuition that it is right? In other words, you said that it does work?

Dr. Callanan: Oh, yes, there is published data.

The Chairman: Can you give our researcher some data on that?

Dr. Callanan: Yes, I certainly can.

The Chairman: That would be helpful.

Mr. Chaulk, I have two quick questions, since you happened to have come back here from Ontario. Number one, we heard from witnesses yesterday that, in the richer provinces, there are number of services available that are not available here.

Mr. Chaulk: Yes.

The Chairman: Could you send us a list of those? It would be interesting for us to be able to actually document the discrepancy or the inequity, if you want, in services from one province to another, and since you have worked in the Ontario service, that would be useful.

Mr. Chaulk: Yes.

The Chairman: Could you also send us a copy of your high school video, *Out of the Dark*? I realize that it was done five years ago, but it would nevertheless be useful.

Mr. Chaulk: Yes, I will get you one.

The Chairman: Finally, you raised the issue of a "clubhouse" concept. What do you mean by a clubhouse concept?

Mr. Chaulk: The clubhouse concept is a model of service delivery that goes back probably to the last 1960s or early 1970s, and it started out as sort of a social/recreational-type approach to giving people who had been in psychiatric hospitals a place to go while they are in the community. They expanded that to include things such as transitional employment programs so that people could become employment-ready and then go into the community to do periods of work. They did not usually end up with full-time, permanent work as a result. It was more along the lines that Canadian Tire would give the clubhouse a job, and then clubhouse members would kind of cycle through that job. They branched out into —

The Chairman: Sort of like a co-op training program?

Mr. Chaulk: Yes, very similar. If indeed the individual could not attend work at Canadian Tire on a particular day, a staff person from the clubhouse might go in and actually do the work

procédure est essentiellement la même. Vous n'avez pas besoin de contact physique. Vous avez dit que le programme fonctionne bien?

Dr Callanan : Oui, et nous avons les données pour prouver cela aussi.

Le président : Est-ce que le personnel de recherche a essayé de prouver d'une certaine façon que ça fonctionne vraiment bien? Est-ce qu'ils ont été plus loin que mon intuition? En d'autres mots, vous avez dit que le système fonctionne vraiment?

Dr Callanan : Absolument. Il y a des données publiées pour le prouver.

Le président : Pouvez-vous faire parvenir des données là-dessus à notre personnel de recherche?

Dr Callanan : Absolument.

Le président : Ce serait très utile.

Monsieur Chaulk, comme vous êtes revenu de l'Ontario, j'aurais deux questions très brèves pour vous. Premièrement, hier certains témoins nous ont dit que les provinces les mieux nanties offrent plusieurs services qui ne sont pas disponibles ici.

M. Chaulk : Oui.

Le président : Pourriez-vous nous envoyer une liste de ces services? Pour nous, il serait intéressant de documenter la différence, ou l'iniquité, si vous voulez, dans les services offerts dans les différentes provinces. Comme vous avez travaillé au sein du service de l'Ontario, cela serait très utile.

M. Chaulk : Oui.

Le président : Pourriez-vous aussi nous envoyer une copie de la vidéo de votre école secondaire, celle intitulée *Out of the Dark*? Je sais qu'elle a été faite il y a cinq ans, mais ce serait tout de même utile.

M. Chaulk : Je vous en ferai parvenir une copie.

Le président : Vous avez aussi parlé du concept de regroupement. Que voulez-vous dire par là?

M. Chaulk : Le concept de regroupement est un modèle de prestation de service qui remonte probablement à la fin des années 1960 ou au début des années 1970. Au début, c'était une approche sociale et récréative pour donner aux gens sortant des hôpitaux psychiatriques un endroit où aller pendant qu'ils étaient en milieu communautaire. Le concept a été élargi pour inclure des choses comme les programmes d'emplois de transition pour que les gens puissent être prêts à intégrer un emploi et puis à aller en milieu communautaire pour travailler pendant certaines périodes. Normalement, ils ne finissaient pas avec des emplois permanents à temps plein. Par exemple, Canadian Tire offrait un emploi au regroupement, et puis les membres du regroupement pouvaient intégrer l'emploi à tour de rôle. Puis, ils ont ajouté...

Le président : Un peu comme un programme d'éducation coopérative?

M. Chaulk : Oui, le programme ressemblait beaucoup à cela. Si la personne ne pouvait pas aller au travail à Canadian Tire un jour particulier, les membres du personnel du regroupement

of the client or the consumer on that day. In recent years they have expanded into supported housing, permanent housing. I was a program consultant for Progress Place in Toronto, which is probably Canada's largest clubhouse. I would not consider it to be a current model of service delivery. I lived, actually, very close to Progress Place in downtown Toronto, and what it tended to remind me of was a bit of a mini-institution in the community, and that people were going there for some very basic needs, such as food, because the clubhouse might offer a catering service or a café or a restaurant, so a cheap meal could be provided. That is the reality for a lot of people with severe and persistent mental illness. When their incomes are low, some of the basic needs, of course, have to be addressed. However, although there are some strong proponents of the model and it is accredited world wide, et cetera, I feel that we have moved beyond that. For example, when you talk about what is not available here and what might be available in Ontario, you probably know of examples like A-Way Express, the courier service that is totally run by consumers.

The Chairman: Right.

Mr. Chaulk: Those are the more modern and current approaches to addressing some of what the clubhouse tried to address through its temporary employment program.

The Chairman: You would then regard a Mill Lane-type venture as more modern in the sense of a better direction in which to go?

Mr. Chaulk: I think they are heading in that direction. My understanding is that they are trying to make it more consumer-focused and driven, and less dependent on the professional sort of expertise. What it certainly is about is movement into the community and providing a service that the community is looking for.

The Chairman: And employment for consumers?

Mr. Chaulk: Exactly. I was the original consultant for A-Way Express when it was funded by the Ontario Government and that was 15 years ago. They were given half a million dollars to run the project or the program and the government was very nervous about entering into that domain at that time because it was sort of like moving into the private sector, the marketplace, et cetera, and here you have government money going in to support this program. We wondered if at some point the money could be — not removed fully but decreased over time. However, we found that that was not the case; that the infrastructure was still required to run the business. At any one point in time they would have a hundred couriers available to provide service and supplement their income.

May I make a couple of supplementary points to what has already been mentioned?

The Chairman: Sure.

pouvaient y aller et faire le travail du client ou du consommateur ce jour-là. Dans les dernières années, ils ont élargi le programme qui comprend maintenant un service de logements subventionnés, de logements permanents. J'étais conseiller de programme pour Progress Place à Toronto, qui est probablement le plus grand regroupement du Canada. Je ne le considère pas comme étant un modèle actuel de prestation de service. En fait, j'habitais très près de Progress Place, au centre-ville de Toronto, et ça me faisait penser un peu à une mini-institution en milieu communautaire. Les gens y allaient pour satisfaire leurs besoins fondamentaux, comme des repas. Le regroupement pouvait offrir un service d'alimentation, un café ou un restaurant, donc ils pouvaient avoir un repas à prix modique. Pour beaucoup de gens qui ont des troubles mentaux graves et persistants, c'est ça la réalité. Quand leurs revenus sont faibles, il faut bien sûr répondre à certains de leurs besoins fondamentaux. Mais même si certains appuient ce modèle qui est accrédité dans toutes les parties du monde, j'estime que nous sommes allés au-delà de cette approche. Par exemple, vous parliez des services qui ne sont pas offerts ici et de ceux qui pourraient l'être en Ontario, et vous connaissez probablement certains exemples, comme A-Way Express, le service de messagerie géré seulement par les consommateurs.

Le président : Oui.

M. Chaulk : Ce sont les approches plus modernes et actuelles pour aborder les problèmes que le regroupement essayait d'aborder par le biais de son programme d'emplois temporaires.

Le président : Donc vous considérez que les projets du genre Mill Lane sont plus modernes, dans le sens qu'ils constituent une meilleure voie à suivre?

M. Chaulk : Je pense que les programmes évoluent dans cette direction. On veut qu'ils soient plus axés sur le consommateur et qu'ils dépendent moins de l'expertise professionnelle. L'idée c'est d'intégrer le milieu communautaire et d'offrir un service que la communauté recherche.

Le président : Et des emplois pour les consommateurs?

M. Chaulk : C'est exact. J'étais le premier expert-conseil pour le projet A-Way Express quand il était financé par le gouvernement de l'Ontario. Il y a 15 ans de cela. On leur a donné un demi-million de dollars pour organiser le projet ou le programme, et le gouvernement craignait beaucoup d'entrer dans ce domaine. Il avait l'impression de s'ingérer dans le secteur privé, dans le marché. On investissait des deniers publics dans un programme privé. On s'est demandé si, à un certain point, on pourrait non pas cesser mais réduire les investissements avec les années. Mais ça n'a pas été possible. L'infrastructure reste nécessaire. Mais à tout moment ils ont 100 messagers qui sont disponibles pour offrir un service et augmenter leur revenu.

Puis-je ajouter quelque chose à ce qui vient d'être dit?

Le président : Certainement.

Mr. Chaulk: The criminalization of the mentally ill is certainly one issue with which the CMHA has also been greatly concerned. In a province where there are fewer resources, sometimes very interesting things can happen. Over the past few months — and Ms. Greene was involved in the early discussions on this — the federal government has funded a lawyer to represent people who have serious mental illness and have had a Criminal Code offence. Part of our proposal to the federal government was also to have what we called “case advocates” or “peer advocates” to work with people through the court system. That aspect did not get funded, but the lawyer did. That put us in a bit of an awkward position. CMHA was a party to that proposal, and we saw the statistics. Our folks are ending up in the wrong place, in the worst place possible if you are psychotic or ill, and having to contend with a prison environment. However, with people talking to people, some synergy starts to happen. You get a meeting with the chief judge of the Provincial Court, and you start to talk with some of his staff. He calls a larger meeting of health care providers, Ms. Greene’s group, et cetera, and what we end up with is a pilot mental health court wherein the Health Care Corporation seconded out, in an administrative capacity to CMHA, two very senior staff who are very qualified in terms of this work, the criminalization of the mentally ill. What that offers is an opportunity for the person who appears before the court. If the Crown agrees that this incident that the person committed was really related to illness, the social worker and the licensed practical nurse who have been seconded to us do an assessment, have a look at what could be better provided in the community, and then get the person out of the court system, so he does not end up at the local HMP, where he should not be in any case if he has been sick.

The Chairman: Right.

Mr. Chaulk: The other issue is in relation to home support services in the province. This is a long-standing problem and issue which begs questions around discrimination in terms of a group of people with a disability who are not included in a provincial program. However, the province has come a long way, considering, over the past year, as Ms. Greene assuredly knows, and has allocated funds to start a pilot project so that consumers of mental health services can avail themselves of in-home support. We are now in the process of training the in-home support workers, using the project that I mentioned in my brief, the Changing Minds projects. We have now been to the four regions in the province, training the in-home support workers who, through the pilot, will go in to work with mental health consumers in their home environment. Thus, even though it is still in the pilot stage, some important progress has been made.

Senator Trenholme Counsell: You have presented us with so much information and we have asked such good questions that it is hard to know what else to ask. We are obviously here with the support of the federal government. We are a Senate committee

M. Chaulk : L’ACSM se préoccupe beaucoup de la criminalisation des personnes atteintes de maladie mentale. Dans une province où les ressources sont rares, on a parfois recours à des solutions innovatrices. Au cours des derniers mois — et Mme Greene a participé aux discussions portant sur ce projet —, le gouvernement fédéral a financé le salaire d’un avocat qui est chargé de représenter les personnes atteintes de grave maladie mentale qui sont accusées d’une infraction en vertu du Code criminel. Nous avons aussi proposé au gouvernement fédéral de financer le salaire de personnes qui seraient des défenseurs des personnes atteintes de maladie mentale qui ont des démêlés avec la justice. Cette proposition n’a pas été retenue, mais le gouvernement fédéral a décidé de financer le salaire d’un avocat. Cela nous place dans une situation assez difficile. L’ACSM est l’un des organismes qui ont appuyé cette proposition parce que nous avons vu qu’il y avait des personnes atteintes de maladie mentale qui se retrouvaient en prison et ce n’est certainement pas l’endroit indiqué pour une personne qui souffre de psychose. Les choses bougent cependant lorsque les gens commencent à se parler. Une personne obtient un rendez-vous avec le juge en chef de la Cour provinciale et elle commence à parler avec des membres de son personnel. Le juge convoque une réunion des fournisseurs de santé, les membres du groupe de Mme Greene, et cela aboutit à la mise sur pied d’un tribunal pilote de la santé mentale et la Health Care Corporation détache auprès de l’ACSM deux membres supérieurs de son personnel qui connaissent très bien la question de la criminalisation des personnes atteintes de maladie mentale. Cette initiative aide les personnes qui doivent comparaître devant les tribunaux. Si la Couronne convient que l’infraction qui est reprochée à une personne est liée à sa maladie mentale, le travailleur social et l’infirmière praticienne autorisée qui ont été détachés chez nous pour faire les évaluations cherchent à voir s’il n’y a pas des services qui conviendraient mieux à cette personne dans la collectivité. Il s’agit d’éviter qu’une personne atteinte de maladie mentale se retrouve à la prison locale.

Le président : Très bien.

M. Chaulk : Il y a aussi la question des services de soutien à domicile dans la province. Ce problème qui existe depuis longtemps soulève la question de la discrimination dont font l’objet les personnes souffrant d’une déficience. Comme Mme Greene le sait sûrement, la province a cependant fait de grands progrès dans ce domaine au cours de l’année et a attribué des fonds à la mise en œuvre d’un projet pilote qui permettra aux consommateurs de services de santé mentale d’obtenir des services de soutien à domicile. Nous formons à l’heure actuelle des travailleurs de soutien à domicile en nous appuyant sur le projet dont j’ai parlé dans mon mémoire et qui s’appelle Changing Minds. Dans les quatre régions de la province, nous avons formé des travailleurs de soutien à domicile qui aideront chez eux les consommateurs de services de santé mentale. Même si ce projet est toujours un projet pilote, il a jusqu’ici donné de bons résultats.

Le sénateur Trenholme Counsell : Vous nous avez fourni tant d’information et nous vous avons déjà posé tellement de bonnes questions qu’il est difficile de savoir si nous pouvons toujours vous en poser. Vous êtes ici grâce au soutien que vous avez obtenu

but we represent, in a way, the Government of Canada. I know how much conflict there is between the provincial and the federal levels so I want to just raise a topic which perhaps one or all of you can address.

In your paper, Ms. Greene, you say, "Presently, federal programs and funding are not integrated with provincial initiatives." I am wondering how those initiatives are delivered and how they happen, since health care and the whole health and social transfer functions through the federal government. I know that the federal government can intervene and have certain projects or certain initiatives, and I know, of course, that the corrections system is a different matter. You are asking us to recommend that we adopt a national action plan, but then you say very clearly that the federal government should get out of the way. I thought perhaps you might elaborate a little bit on this issue of a federal-provincial split, in relation to what we are doing here today and across the country.

Ms. Greene: I wish I had all the answers to that one. I will just give you an example of what we are talking about. Recently, the Canada Mortgage and Housing Corporation sponsored an experts consultation around housing and support services. They went across the country supposedly looking at a national framework for housing similar to a national action plan. They had consultations in each major city and there were five experts consultations. I was invited to the one in Halifax. Remember that this consultation is on housing and support services, and support services, as in mental health services, are funded right now by the provincial governments. Then here is this huge consultation; they gather people from all over the country, and nobody is there from the provinces. I raised the question, "Why are we talking about this subject without our provincial counterparts?" The B.C. provincial housing had sneaked in their minister. He was very glad I had asked the question. However, I was actually told that I was not supposed to be asking this question. They apparently had had an expert's consultation in Vancouver on "horizontalité" — which is apparently the new term in the housing field for federal/provincial interchange — but the provincial people who were invited to that session did not even know what it was about.

Those are some of the things that, quite honestly, are totally frustrating. As I said to Senator Kirby, I have read your reports and I can appreciate your very thoughtful analysis of what is happening to date, but part of me says, "Okay, what can you guys do?" I am dealing with a provincial government that is funding us, and they have limited funding; indeed, they have lost funding. Therefore, in some ways part of what I am saying is, yes, set the standards. To me, that is what a national government needs to do.

Senator Trenholme Counsell: Yes.

du gouvernement fédéral. Nous sommes un comité sénatorial, mais nous représentons le gouvernement du Canada d'une certaine façon. Compte tenu des querelles qui existent entre les gouvernements provinciaux et fédéral, j'aimerais soulever une question sur laquelle j'aimerais connaître l'avis d'un d'entre vous.

Dans votre mémoire, madame Greene, vous dites que les programmes et les fonds fédéraux ne sont actuellement pas intégrés aux initiatives provinciales. Je me demande comment ces initiatives sont mises en œuvre étant donné que c'est le gouvernement fédéral qui transfère des fonds au gouvernement provincial dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux. Je sais que le gouvernement fédéral peut évidemment mettre en œuvre certains projets et je sais aussi évidemment que le système correctionnel relève du gouvernement fédéral. Vous nous demandez de recommander l'adoption d'un plan d'action national, mais vous dites aussi clairement que le gouvernement fédéral ne devrait pas intervenir dans ce domaine. J'aimerais donc que vous nous en disiez un peu plus long sur cet aspect de la question, c'est-à-dire sur le partage des compétences entre les gouvernements fédéral et provinciaux dans ce domaine.

Mme Greene : J'aimerais avoir tous les éléments qui me permettraient de répondre à cette question. Je vais vous donner un exemple de ce dont il s'agit. La Société canadienne d'hypothèques et de logement a récemment parrainé une consultation menée auprès de spécialistes du logement et des services de soutien. Ces spécialistes sont censés être allés dans tout le pays pour établir quelle forme pourrait prendre un cadre national en matière de logement qui ressemblerait à un plan d'action national. Ils ont tenu des consultations dans toutes les grandes villes et cinq consultations auprès de spécialistes. J'ai été invitée à participer à celle qui a eu lieu à Halifax. Je vous rappelle que cette consultation porte sur le logement et les services de soutien et que les services de soutien dans le domaine de la santé mentale sont actuellement financés par les gouvernements provinciaux. Ces consultations sont organisées dans tout le pays mais personne ne représente les provinces. Je pose la question de savoir pourquoi nous discutons de ce sujet en l'absence de nos homologues provinciaux. Le ministre du Logement de la Colombie-Britannique se trouvait sur place. Il a été heureux que je pose la question. On m'a cependant dit que je ne devais pas poser cette question. On m'a dit qu'on avait apparemment tenu une consultation auprès des spécialistes à Vancouver sur la question de l'« Horizontalité » — ce qui est apparemment le nouveau terme qu'on utilise dans le domaine du logement pour parler des échanges entre le fédéral et les provinces —, mais les représentants provinciaux qui avaient été invités à cette séance ne savaient même pas de quoi il s'agissait.

Voilà le genre de chose qui suscite beaucoup de frustration. Comme je l'ai dit au sénateur Kirby, j'ai lu vos rapports dans lesquels vous présentez une analyse approfondie de la situation. Au fin fond de moi-même, je me demande cependant ce que vous pouvez faire de concret. Le gouvernement provincial qui nous donne des fonds dispose de fonds limités. En fait, la province a perdu des fonds. Vous devriez donc établir des normes. Je pense d'ailleurs que c'est ce qu'un gouvernement national devrait faire.

Le sénateur Trenholme Counsell : Oui.

Ms. Greene: They need to set the standards, increase the funding levels, ensure that it is designated for things such as home care and drug problems. However, I am telling you that the federal government's track record on delivery of systems, certainly within the housing field around CMHC, has been poor. We do not need to spend a ton of money or waste a lot of resources if health care is under provincial jurisdiction, which it is. If the federal government's responsibility is to establish the kinds of things that Mr. Chaulk alluded to, such as equity across the country so that I can come here from Ontario and expect that I can get supported housing and supported employment program, then please do establish that and put some teeth into it, but do not add all these cumbersome layers. I hesitate to say this but sometimes effective pilots get us out of the gate. You know what I mean?

Senator Trenholme Counsell: Yes.

Ms. Greene: I would like to see you say, "Okay, we are going to establish some mechanisms whereby we get the money out and see if it is effective and then push the envelope." That is kind of where I am coming from in that regard.

Senator Trenholme Counsell: I know we have had a lot of comments regarding pilots versus programs. Pilot projects, in my opinion, are often very good and necessary as a first step in deciding whether something will be funded and whether something works. One of the things that we talk quite a bit about is a national anti-stigma program or strategy to lessen stigma with regard to mental health. Mr. Chaulk, having read your biography I would like to ask you, how would we do that? Do you have advice for us?

Mr. Chaulk: My national organization, as you know, has been advocating for a pan-Canadian mental health strategy. I agree with some of Ms. Greene's points. In terms of the nuts and bolts of the programs and projects at the local level, I would say leave us alone and let us work out what our local needs are, and make access to funds, equitable funding, as user-friendly as possible. As an NGO with only four staff, it gets wearisome to have to do a third iteration of a project request for \$40,000 to supplement something that you are attempting to do.

However, in answer to your question, in terms of an anti-stigma campaign, I think that is where the federal government can take a lead and —

Senator Trenholme Counsell: We want your advice.

Mr. Chaulk: — and you want my advice. I think one of the things that you need in terms of anti-stigma is champions, especially champions within the federal bureaucracy at the ministerial level. If you look at the statistics regarding where

Mme Greene : Le gouvernement doit établir des normes, augmenter le niveau de financement et veiller à ce que les fonds soient affectés au financement de services comme les soins à domicile et l'assurance-médicaments. Je peux cependant vous dire que la feuille de route du gouvernement fédéral n'est pas très bonne notamment dans le domaine du logement où il intervient par l'entremise de la SCHL. Nous n'avons pas à gaspiller des sommes importantes ou des ressources si les soins de santé relèvent du gouvernement provincial comme c'est le cas. Si, comme M. Chaulk l'a dit, la responsabilité du gouvernement fédéral est d'assurer l'équité dans le pays, ce qui signifierait qu'une personne de l'Ontario pourrait obtenir dans cette province un logement subventionné ainsi qu'un programme d'emploi subventionné, le gouvernement ne devrait pas hésiter à prendre les mesures voulues à cette fin, mais il doit éviter de créer des mécanismes superflus. J'hésite à le dire, mais des projets pilotes efficaces sont parfois la solution. Comprenez-vous ce que je veux dire?

Le sénateur Trenholme Counsell : Oui.

Mme Greene : J'aimerais que vous me disiez que vous allez créer des mécanismes par lesquels nous obtiendrons le financement dont nous avons besoin et nous verrons quel résultat cela donnera. Voilà plus ou moins quelle est ma position sur le sujet.

Le sénateur Trenholme Counsell : Il a été beaucoup question des avantages comparatifs des projets pilotes et des programmes. À mon avis, les projets pilotes sont souvent une très bonne façon de voir s'il convient de financer à long terme une initiative qui donne de bons résultats. Nous avons aussi beaucoup parlé d'un programme ou d'une stratégie à l'échelle nationale qui viserait à lutter contre la stigmatisation dont font l'objet les personnes atteintes de maladie mentale. Puisque j'ai lu votre biographie, monsieur Chaulk, je vais vous poser la question à vous. Comment pourrions-nous nous y prendre?

M. Chaulk : Comme vous le savez, l'organisme national auquel j'appartiens préconise l'adoption d'une stratégie pancanadienne en matière de santé mentale. Je suis d'accord avec un certain nombre d'observations qu'a faites Mme Greene. Je pense que le gouvernement fédéral devrait s'en remettre à nous, à l'échelon local, pour établir le contenu des programmes et des projets et devrait se contenter d'assurer un accès aussi équitable et facile que possible aux fonds nécessaires. En tant qu'ONG comptant quatre employés, nous avons du mal à accepter de devoir présenter pour une troisième fois une demande de subvention de 40 000 \$ pour nous permettre de poursuivre notre travail.

Pour ce qui est de l'idée d'une campagne nationale de lutte contre la stigmatisation, je crois que le gouvernement fédéral peut jouer un rôle de chef de file et...

Le sénateur Trenholme Counsell : Nous voulons votre avis.

M. Chaulk : ... et vous voulez mon avis. Il faudrait que des ministres fédéraux se fassent les champions de cette campagne. Lorsqu'on examine l'évolution du système d'assurance-invalidité ainsi que les coûts liés aux jours de travail manqués pour cause de

the disability insurance system is going, and the costs that are being incurred in relation to people missing time in relation to depression alone, and if we do not start to pay some attention to that, then the World Health Organization has signalled to us, "Look out in 2020, if you do not start to plan in advance."

I think we you need champions at the ministerial level if we are serious about a national action strategy in relation to mental health, mental illness and addiction. You have an assistant deputy minister, for example, who champions that within the bureaucracy. As we have been seeing in the media, I think we must look for some opening up taking place, where high-profile people are coming forward to talk about their experience with illness, in the same way as recently I have talked about my 20-year history of periodic treatment for depression. There was a time in my life and in my career, working in a psychiatric hospital, working with the Ministry of Health, where I would not have acknowledged that, and I might even have denied it, if that was an issue, because I had seen situations where people were by-passed for some of the plum projects. When you are well, you are able to deal with the plum projects, so you do not want to miss out on opportunities in relation to your own career.

To answer your question, I think that champions, people who can bring forward the fact that this is an illness like any other illness, would be helpful. It should, however, be part of building from the ground up. You could start with school-age kids in an age appropriate way in terms of their developmental level, and come at it from a media perspective so that you are educating the public as you go, like the one in five who will experience mental illness in his or her lifetime. In my opinion, however, without champions, you are hampered. I think you need people who can grab the attention of the public in relation to their own experience with mental illness.

Senator Trenholme Counsell: Champions are people, but are there any existing materials that you can think of that would be helpful? We have talked about having signs on buses or on subway trains, et cetera. The champion issue, do you see it fitting under Public Health? There is no question that Carolyn Bennett is a champion, in my mind, with regard to the public, and Ken Dryden is a champion on early childhood development.

Mr. Chaulk: Yes. They have been here for consultation, as you probably know, and we have talked about the need for mental health promotion and stigma reduction.

Senator Trenholme Counsell: Do you see that as happening under public health?

Mr. Chaulk: I do not know exactly where it would sit, to be honest. In terms of public health, it might depend on where you would get the best bang for your buck, and which ministry might have the ability to take it the furthest at this point in time. The Ministry of Health is undoubtedly coping with many and varied things. The question did come up during the consultations with

dépression, on voit que le problème est grave et qu'il s'aggraverait d'ici 2020 d'après l'Organisation mondiale de la santé si rien n'est fait pour essayer de le régler.

Pour qu'une stratégie d'action nationale puisse porter fruit dans le domaine de la santé mentale, des maladies mentales et des toxicomanies, il faudrait que des ministres s'en fassent les champions. Un sous-ministre adjoint, par exemple, pourrait se faire le promoteur de cette cause au sein de la bureaucratie. Il faudrait que davantage de personnes connues admettent souffrir d'une maladie mentale. J'ai moi-même admis dernièrement avoir lutté pendant 20 ans contre la dépression. Comme je travaillais dans un hôpital psychiatrique et pour le ministère de la Santé, il y a une époque dans ma carrière où je n'aurais pas admis souffrir de dépression et cela parce que je n'aurais pas pu avoir accès à des projets intéressants. Quand une personne se sent bien, elle ne veut pas admettre avoir une maladie mentale de crainte que cela nuise à sa carrière.

Je pense qu'il serait bon que des personnes disent que les maladies mentales sont des maladies comme les autres. Il faudrait cependant que cela fasse partie d'une stratégie mise en œuvre à partir de la base. Il faudrait commencer à intervenir auprès des enfants dès qu'ils entrent à l'école en ayant recours à des moyens adaptés à leur âge et à leur niveau de développement. On pourrait aussi sensibiliser le public par l'intermédiaire des médias comme on le fait en disant qu'une personne sur cinq souffrira de maladie mentale au cours de sa vie. Une campagne ne peut cependant pas connaître le même succès si personne ne s'en fait le champion. Il faut que des personnes connues admettent publiquement avoir déjà souffert d'une maladie mentale.

Le sénateur Trenholme Counsell : Les champions sont des personnes, mais pouvez-vous penser à du matériel qui serait utile? Vous avez dit qu'on pourrait apposer des affiches dans les autobus ou les rames de métro. Pensez-vous qu'on pourrait trouver des champions au sein du ministère de la Santé publique? Il ne fait aucun doute que Carolyn Bennett joue le rôle de champion dans son domaine et que Ken Dryden est un champion du développement de la petite enfance.

M. Chaulk : Oui. Comme vous le savez sans doute, les deux ministres ont participé aux consultations et nous avons discuté avec eux de la promotion de la santé mentale et de la lutte contre la stigmatisation.

Le sénateur Trenholme Counsell : Pensez-vous que cela devrait relever du ministère de la Santé publique?

M. Chaulk : Je ne sais honnêtement pas à qui ce mandat devrait être confié. Il faudrait peut-être le confier au ministère qui pourrait assurer une optimisation des ressources. Le ministère de la Santé a certainement un mandat très vaste. La question a été soulevée lors des consultations avec Carolyn Bennett, mais on n'y a pas consacré beaucoup de temps. La santé publique est aussi un

Carolyn Bennett, but it did not get a lot of air time. There are so many other things in terms of public health that can get in the way, so I am not sure that I can answer beyond that.

Senator Trenholme Counsell: May I just take a minute and say to you that I think the frustration you are feeling with regard to applications and reporting, and so, on is a sign that there has been a change in the federal government because of recent events in the last few years with regard to money that is not being properly accounted for, and the fact that there are not enough rules.

Mr. Chaulk: Yes.

Senator Trenholme Counsell: I work closely with people in literacy and they have said exactly the same thing, that now there are more forms to be filled in and that they need to report more often, and that this has all increased. I do not think that is going to change for a while and perhaps there will be modifications with time.

Mr. Chaulk: Yes.

Senator Trenholme Counsell: It is the desire and the determination of the people in all departments of the federal government that there be a heightened level of accountability for funding.

Mr. Chaulk: Yes.

Senator Trenholme Counsell: You are expressing that frustration. I could go on, but thank you.

Ms. Greene: I want to make a comment on how you attack stigma. While recognizing the monies that went out to sponsorship and the implications, I do not think it should go to Public Health. I actually think you need to go to the private sector, to marketing specialists. I say that, knowing the climate we are in. However, we managed to do the seat belt campaign and the drunk driving campaign, both of which have worked in our lifetimes, in our generation. I can remember when I started university, everyone drank and drove. Nobody wore seat belts. We have run a successful campaign such that my kids do not think twice about those things. I think that we can do the same thing with mental health, but it takes that kind of campaign, and personally I do not think there is a department of the federal government to which you should give that campaign. I think you should be looking elsewhere.

Senator Trenholme Counsell: There is certainly legislation involved in both those examples.

Ms. Greene: Yes.

Senator Trenholme Counsell: What I mean is, you have seat belt legislation and you have more strict rules with regard to drinking and driving, —

Ms. Greene: Yes.

Senator Trenholme Counsell: — so they are not necessarily in the same category. I had the feeling that community development was increasing across Canada, and you used these words, Ms. Greene: "...absolute lack of community development." I go back a long ways with government. Thirty, forty or fifty years ago

domaine de portée très vaste. Je ne pense pas pouvoir répondre de façon plus complète à cette question.

Le sénateur Trenholme Counsell : Permettez-moi de prendre quelques instants pour vous dire que la frustration que vous éprouvez au sujet des demandes à faire et des rapports à produire est pour moi le signe que les choses ont changé au gouvernement fédéral à cause des événements des dernières années, la mauvaise justification des fonds et l'insuffisance des règles.

M. Chaulk : Oui.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je travaille de près avec des gens qui font de l'alphabétisation et ils ont dit exactement la même chose : il y a désormais beaucoup plus de formulaires à remplir et de rapports à produire. Cela ne changera sans doute pas sous peu; peut-être qu'avec le temps...

M. Chaulk : Oui.

Le sénateur Trenholme Counsell : Dans tous les ministères fédéraux, on tient à ce que les dépenses soient mieux justifiées.

M. Chaulk : Oui.

Le sénateur Trenholme Counsell : Vous avez dit votre frustration. Je pourrais m'étendre là-dessus, mais je vous remercie.

Mme Greene : J'aimerais vous dire comment on combat la stigmatisation. Malgré l'argent qui est allé aux commandites et aux conséquences que cela a eues, je ne pense pas que ces fonds devraient aller à la Santé publique. En fait, il faut s'adresser au secteur privé, aux spécialistes du marketing. Quand je dis ça, je suis bien consciente du climat actuel. Nous avons néanmoins réussi à faire la campagne en faveur du port de la ceinture et de la lutte contre la conduite en état d'ébriété, deux réussites de notre génération. Je me souviens quand j'étais à l'université, tout le monde conduisait ivre. Personne ne portait sa ceinture de sécurité. Notre campagne a tellement réussi que c'est maintenant instinctif pour mes enfants. Je pense qu'on peut en faire autant pour la santé mentale, mais il faut une campagne de ce genre. Personnellement, je ne pense pas que c'est à un ministère fédéral qu'il faut la confier. Il faut aller voir ailleurs.

Le sénateur Trenholme Counsell : Pourtant, dans les deux exemples que vous donnez, la loi y est pour quelque chose.

Mme Greene : Oui.

Le sénateur Trenholme Counsell : Ce que je veux dire, c'est qu'il y a une loi pour le port de la ceinture et des règles plus strictes pour combattre la conduite en état d'ébriété...

Mme Greene : Oui.

Le sénateur Trenholme Counsell : ...si bien que ce n'est pas forcément la même chose. J'avais l'impression que le développement communautaire se développait au Canada. Or, madame Greene, vous avez dit qu'il ne se fait absolument aucun travail de développement communautaire. Il y a longtemps que je

there was a lot of emphasis on community, and then there was a time when it was relegated to an issue of lesser importance. I had thought in the last 10 years that it was coming back, that community programming, bringing people together in communities, community development, all the phrases and terms we might use, were finding their place again and being valued, recognized and elevated in terms of making things happen.

Ms. Greene: I think it has come back as a concept, but with a difference. Those of you who can remember the Linsky days and those kinds of things, community development then was a process as well as a concept, and the process requires very much working with people and helping people build their own capacity.

I sat on the Premier's Council as one of the first members, and we started with these wonderful principles that said, "place-based solutions," and "helping people to be part of the solution," and we funded one person in each region.

Mainly what is involved is bringing together committees, such as bringing together the health care boards and the educational boards and perhaps representatives and NGOs. That is different from what I call community development, which is really working with groups to help them find their own voice. Certainly, CHANNAL, which Mr. Chaulk and CMHA have been critical in fostering and supporting, is an example of that. What I am saying is that we are not training people in true principles, in my opinion, of what community development is, which is really allowing people and groups to engage in a very meaningful way and facilitating and fostering that.

I think you are right when you say that it has come back into vogue, but the foundations are not yet in place. Nursing has come on to a degree, but their whole training is different. In terms of social work, which is my field, I feel we have left our roots and became "wannabe" psychologists many years ago, and I keep saying, "Let us go back to what I think made us distinct and important in the continuum." There is a place for everybody. Consequently, I think we are only paying lip service to community development.

Dr. Callanan: I had one very brief comment that I wanted to offer with respect to the stigma of mental illness. I do not know what might be the best way to market or situate the program, but education is clearly the key. When we talk about the scope of mental illness, we are talking about 20 per cent of the population who have periods of time when they are clearly symptomatic. However, I think that issues related to the concerns that give rise to stigma do actually reflect on the behaviours of a very small subset. Given the sorts of cases that Ms. Greene was talking about earlier, mental illness can be both a situation wherein the individual is disturbed and where the individual is disturbing others. I think it is the set where their illness leads them to be disturbing of others that becomes associated with the issue of stigma, and stigma, again, relates very much to some of those things that people know that are not true in terms of rates of criminality and rates of violent behaviours.

m'occupe des affaires publiques. Il y a 30, 40 ou 50 ans, on misait beaucoup sur le milieu local puis, avec le temps, cela a perdu de son importance. Au cours des 10 dernières années, je pensais qu'il y avait eu un retour en force du développement communautaire, de la solidarité, du travail de proximité, toutes expressions d'emploi courant et que l'on y accordait à nouveau du prix pour faire bouger les choses.

Mme Greene : L'idée est revenue mais sous une forme différente. Si vous vous souvenez de l'époque de Linsky, le développement communautaire était considéré à la fois comme un concept et une méthode, ce qui suppose de travailler avec les gens et de les aider à se doter de moyens.

J'ai été une des premières à siéger au conseil du premier ministre provincial et nous étions animés par des principes merveilleux comme celui des solutions issues du milieu et « aider les gens à être un élément de solution », et nous accordions du financement à une personne dans chaque région.

Cela suppose surtout de rassembler les groupes, comme les conseils de soins de santé et les conseils scolaires et peut-être des représentants des ONG. C'est différent de ce que moi j'appelle le développement communautaire, qui est vraiment de travailler avec des groupes pour les aider à trouver leur propre voix. Il est certain que CHANNAL, que M. Chaulk et l'ACSM ont vigoureusement encouragé, en est un exemple. Ce que je dis, c'est que nous n'inculquons pas aux gens les vrais principes du développement communautaire, qui est de permettre aux gens et aux groupes de vraiment s'investir dans leur milieu.

Vous avez raison de parler d'un retour en force, mais les bases ne sont pas encore en place. Le nursing est revenu dans une certaine mesure, mais la formation est tout à fait différente. En travail social, mon domaine, je trouve que nous avons oublié nos racines et que nous sommes devenus des aspirants psychologues il y a bien des années. Je ne cesse de répéter qu'il faut revenir à ce qui nous distingue et nous donne de l'importance dans le continuum. Il y a de la place pour tout le monde. C'est pourquoi je pense qu'on ne soutient le développement communautaire que du bout des lèvres.

Dr Callanan : Je voulais faire une courte intervention au sujet de la stigmatisation de la maladie mentale. J'ignore quelle est la meilleure façon de vendre le programme, mais il est certain que la sensibilisation est essentielle. Quand on parle de l'ampleur de la maladie mentale, il faut savoir qu'à peu près 20 p. 100 de la population connaît des épisodes nettement symptomatiques. La stigmatisation est la conséquence du comportement d'un très petit nombre. Mme Greene nous a donné des cas tout à l'heure et la maladie mentale désigne soit un sujet troublé, soit un sujet qui trouble les autres. C'est lorsque le sujet trouble les autres que la stigmatisation apparaît en raison de fausses craintes de criminalité ou de violence.

Senator Gill: I saw in one report, possibly Mr. Chaulk's, that you support the recommendation by this committee that it is a good idea to help the Aboriginal people organize their own programs. I know that some years ago the people at Indian Affairs were transferring money to the provincial government here to give services to the Aboriginal people, and I think it included services for mental health. I know that the Aboriginal people have special circumstances. Are services for mental health and other services related to health given to the Aboriginal people here?

Mr. Chaulk: Do you mean in general?

Senator Gill: In terms of services such as treatments, if they are needed.

Mr. Chaulk: Yes, that is my understanding, but I do not know a lot about the area.

Dr. Callanan: Some services are provided. There are some dedicated services provided, but they are probably minimal with respect to global demand and need. I think the best vehicle of service delivery to our Aboriginal population, to our native peoples, is community development.

Senator Gill: Yes.

Dr. Callanan: This is one area where we are now beginning to recognize that what we can bring in, we bring in from a perspective of western medicine, and psychiatry being a medical specialty, if I can speak from that perspective, I think we need to have a much greater understanding of community, and some of the ways in which we can best do that. Of course, some specialized interventions will be required but it is a question of how the community can be helped to make its own response.

Senator Gill: Those services that are local, are they actually under the provincial government? Do you know if they are offered through the provincial government?

Ms. Greene: There is a range of services. For example, at Emmanuel House, which is one of the only alternative treatment programs for mental health in this province, we would oftentimes have Aboriginal people, people from the coast of Labrador, and I actually worked in Sheshatshiu and in Goose Bay. Certainly, there are services provided by the Labrador Inuit Association. I echo Dr. Callanan's comments that there is a need for a more systemic response. I was recently at a social worker conference, and one of the social workers who spoke is married to an Inuit man. She talked about the impact of going back to the country and those kinds of things. While there is a recognition of the catastrophic problems existing in coastal Labrador, they still exist. I mean, you would need to speak to local people, but we certainly have a long way to go in resolving mental health and addictions problems for our Aboriginal peoples.

Senator Cordy: Mr. Chaulk, you spoke about the challenge of seniors caring for adult children. I worked on a Prime Minister's Task Force for Seniors a couple of years ago, and this was one of

Le sénateur Gill : Dans un document, peut-être celui de M. Chaulk, j'ai vu que vous appuyez la recommandation du comité d'aider les populations autochtones à constituer leurs propres programmes. Il y a quelques années, le ministère des Affaires indiennes transférait des fonds au gouvernement provincial ici pour offrir des services aux Autochtones, notamment de santé mentale. Je sais que la situation des Autochtones est particulière. Ces services leur sont-ils offerts?

M. Chaulk : Vous voulez dire en général?

Le sénateur Gill : Des traitements.

M. Chaulk : Oui, à ma connaissance, mais je connais mal ce secteur.

Dr Callanan : Certains services sont offerts. Il y a effectivement certains services qui le sont, mais sans doute peu par rapport à la demande globale. À mon avis, la meilleure façon d'assurer les services à notre population autochtone passe par le développement communautaire.

Le sénateur Gill : Oui.

Dr Callanan : C'est un secteur où nous commençons maintenant à reconnaître que ce que nous pouvons apporter, nous l'apportons sous l'angle de la médecine occidentale, et la psychiatrie étant une spécialité médicale, si je peux parler de ce point de vue, je pense qu'il faut beaucoup mieux comprendre cette collectivité, et certaines des façons dont nous pouvons le faire. Évidemment, certaines interventions spécialisées seront nécessaires mais la question est de savoir comment cette collectivité peut être aidée pour qu'elle puisse réagir elle-même.

Le sénateur Gill : Ces services locaux sont-ils offerts par le gouvernement provincial? Le savez-vous?

Mme Greene : Il y a tout un éventail de services. Par exemple, à Emmanuel House, un des seuls programmes de traitement alternatif de santé mentale dans la province, il y a souvent des Autochtones, de la côte du Labrador, et moi-même j'ai travaillé à Sheshatshiu et à Goose Bay. Les services sont offerts par la Labrador Inuit Association. Comme le Dr Callanan, je pense qu'il faut agir de façon plus systémique. Récemment, j'ai participé à une conférence de travailleurs sociaux et une d'elles est mariée à un Inuit. Elle a parlé des conséquences de son retour dans la nature et de ce genre de choses. Même si l'on reconnaît la situation catastrophique qui existe sur la côte du Labrador, les problèmes existent toujours. Il faudrait que vous en parliez aux gens de l'endroit, mais il reste beaucoup à faire pour résoudre les problèmes de santé mentale et de toxicomanie dans notre population autochtone.

Le sénateur Cordy : Monsieur Chaulk, vous parlez des difficultés qu'éprouvent les personnes âgées qui doivent s'occuper d'enfants adultes. Il y a quelques années, j'ai fait

the issues raised by people who were in their seventies and eighties, dealing with adult children who were dependent on them.

I know you cannot look at mental illness in isolation, and you all spoke about the contributing factors — poverty, abuse, housing, discrimination, all of those things. However, are there programs for which seniors caring for adult children are not eligible because they have an adult child with them? One example would be seniors' housing programs. If you have an adult child living with you, does that mean that you are ineligible for many of the community programs that are out there?

Mr. Chaulk: If you are in a seniors' program, do you mean?

Senator Cordy: I mean if you are a senior and you are caring for an adult child, are you eligible for seniors' housing? Municipalities have seniors' housing, apartments for seniors.

Mr. Chaulk: Right.

Senator Cordy: Does that disqualify you for housing if, in fact, you are caring for an adult child?

Mr. Chaulk: I am not exactly sure. I think in some jurisdictions there are limitations in relation to who can occupy a unit. My point in the brief was that there is the need for options for the adult child with a serious illness in order for that person to move into the community, like any other adult wants to do, and not necessarily to be living at the age of 45 with his or her parents.

I think one of the challenges for us here is the level of income that you can receive if you are a single person and you want to live on your own, which is about \$630 a month to pay for your rent, your heat, your food, for everything. If you have been living at home and your parents have been helping to run your life, then you will need some support in order to start to run your own life, such as in-home support, which we have been previously not eligible for, but now the door is opening. It is really an issue of the availability of, and accessibility to, community-based supports that can take the responsibility off the aging parent and work with the adult child, who can then live in the community with the right supports. That is the belief these days, that in the case of most people with severe and persistent mental illness, with the right supports, they can be living in the community.

Senator Cordy: Which is win-win for the adult child and for the parent, that they would become independent.

Mr. Chaulk: That is right. I think part of what I mentioned in my brief is some small amounts of money that we have received from government and from health care foundations to do some further work with families, because families are often the forgotten caregivers, right? We get calls at our office from the aging mum to say, "I am 80 and he is 58, and he is still living here. What can be arranged? What can be provided?" I think, for some of those aging parents and for families in general, there need to be support outlets to go and talk about some of these things. Also, when you talk to some of these folks, There is guilt about the fact that their child will only be eligible for a certain amount of

partie du Groupe de travail du premier ministre sur les aînés et c'est une des questions qui a été soulevée par des septuagénaires et des octogénaires qui devaient s'occuper d'enfants adultes à leur charge.

Je sais qu'on ne peut pas considérer la maladie mentale isolément et vous avez tous parlé des facteurs qui y contribuent : pauvreté, maltraitance, logement, discrimination, et ainsi de suite. Y a-t-il des programmes auxquels n'ont pas accès les personnes âgées qui soignent leurs enfants adultes parce que ceux-ci vivent avec eux? Je pense aux programmes de logement. S'ils cohabitent, cessent-ils d'avoir droit aux programmes qui sont offerts?

M. Chaulk : Voulez-vous dire : si vous êtes dans un programme pour personnes âgées?

Le sénateur Cordy : Je veux dire si vous êtes une personne âgée qui s'occupe d'un enfant adulte, avez-vous quand même droit au logement pour personne âgée? Les municipalités ont bien des logements pour les personnes âgées.

M. Chaulk : Oui.

Le sénateur Cordy : Êtes-vous non admissible au logement si vous vous occupez d'un enfant adulte?

M. Chaulk : Je ne suis pas sûr. Dans certains endroits, des règles limitent qui peut occuper le logement. Ce que je disais dans le mémoire, c'est qu'il faut des options pour l'enfant adulte atteint d'une grave maladie pour que cette personne puisse s'intégrer dans le milieu, comme n'importe quel autre adulte, sans forcément avoir à vivre avec ses parents à l'âge de 45 ans.

Un des problèmes pour nous ici, c'est le revenu que vous touchez si vous êtes un célibataire qui vit seul, c'est-à-dire environ 630 dollars par mois pour payer le loyer, le chauffage, la nourriture, tout. Si vous habitez chez vos parents et s'ils vous aident à mener votre vie, il vous faudra des appuis pour le faire vous-même comme de l'aide à domicile à laquelle nous n'avions pas droit par le passé mais qui commence à l'être. Le problème, c'est la disponibilité de l'assistance communautaire pour alléger la responsabilité du parent âgé et travailler avec l'enfant adulte qui peut ensuite vivre en société grâce à des aides adaptées. C'est ce que l'on pense aujourd'hui : les personnes atteintes d'une maladie mentale grave et persistante peuvent grâce à des aides adaptées vivre en société.

Le sénateur Cordy : C'est une solution gagnante pour le parent et pour l'enfant adulte qui devient alors autonome.

M. Chaulk : Oui. Dans mon mémoire, je parlais de petites sommes accordées par le gouvernement et des fondations de soins de santé pour faire plus de travail auprès des familles qui sont souvent les soignantes oubliées, n'est-ce pas? Au bureau, nous recevons des coups de téléphone d'une mère de 80 ans qui a un fils de 58 ans qui habite toujours avec elle et qui demande ce qu'on peut faire pour elle. Pour des parents âgés comme ceux-là et pour les familles en général, il doit y avoir des endroits où demander de l'aide. Quand vous leur parlez, ils se sentent coupables parce que leur enfant n'aura droit qu'à une certaine somme et il n'aura les moyens de vivre que dans un studio de transition délabré dans un

money, and he will only be able to afford a halfway rundown bed-sitter in the wrong part of the city, right? It is a real tussle in terms of what to do. I know there is not a bottomless pit of money but for our sector in health care, in terms of prevalence and rate of disability, we have never really received funding commensurate to what is required at the community level.

Senator Cordy: You mentioned the family support group that is starting this fall. What exactly will that be? Will that be a peer support type of thing or could you explain what might be?

Mr. Chaulk: What I know about is that it is a model that was developed actually in the United States through the National Alliance for the Mentally Ill, and it has been adopted by groups here in Canada. Facilitators of the group need to go for training in order to run the model, and you go through a screening process for family members to assess suitability for the program. It is very much a psycho-educational support approach and I think it runs for 13 weeks. We got money to launch it once and, depending on how it goes and how it is received, we would like to try to continue with it.

Senator Cordy: You also referred to a seamless delivery of services.

Mr. Chaulk: Yes, right.

Senator Cordy: In fact, you said that perhaps we should not even be referring to it as a "system" because it is all so disjointed.

Mr. Chaulk: Yes.

Senator Cordy: I remember that, in Ottawa, someone appeared before us and presented a diagram with all of the services that were available: federal, provincial, NGOs. For me, looking at it, I would not know where to refer a person. Where do you start? What is the starting point? Who can that individual turn to when they want to know how to open the door and get started with some help?

Mr. Chaulk: I think, right now, they start at various points. In fact, they often start at the family doctor's office, and their referral may be related to what the family doctor may or may not know in relation to resources in the community. As I mentioned, we get about 120 calls or drop-ins per month from people that are just looking for information and/or referrals to services. The restructured regional boards may be able to help with that in terms of access but it is still a problem. There are still a number of doors that consumers are required to knock on, which means that you are telling your story, as painful and personal as it might be, over and over again to several different potential service providers before you find the correct one.

Senator Cordy: Or you are calling and, "If you want this service, press one; if you want this service, press two; if you want this service, press three", and there is no real person at the end of it.

Mr. Chaulk: Yes.

Dr. Callanan: You are exactly right, and that is a complaint that we frequently hear: There is no portal of entry, and at the end of the day I hope a fair number of individuals are pleased with the

quartier mal famé. Ils sont déchirés. Je sais que l'argent ne pousse pas sur les arbres, mais vu la prévalence de la maladie mentale et de l'invalidité qu'elle cause, notre secteur n'a jamais vraiment reçu un financement proportionné aux besoins du milieu.

Le sénateur Cordy : Vous avez parlé d'un groupe d'aide familiale qui sera créé à l'automne. De quoi s'agit-il exactement? Est-ce un groupe d'entraide? Expliquez-moi de quoi il s'agit.

M. Chaulk : Ce que j'en sais, c'est que c'est un modèle conçu aux États-Unis par la National Alliance for the Mentally Ill et adopté par des groupes canadiens. Des animateurs de groupes vont suivre une formation pour appliquer le modèle; les membres de la famille sont sélectionnés pour voir s'ils répondent aux critères du programme. C'est vraiment une méthode psycho-éducative d'une durée de 13 semaines, je crois. Nous avons les fonds pour lancer le programme et si les choses vont bien, s'il est bien accueilli, nous aimerions le conserver.

Le sénateur Cordy : Vous avez aussi parlé de prestation ininterrompue de services.

M. Chaulk : Oui.

Le sénateur Cordy : De fait, vous avez dit que l'on ne devrait peut-être même pas parler de système à cause de la fragmentation qui existe.

M. Chaulk : Oui.

Le sénateur Cordy : À Ottawa, quelqu'un a comparu et nous a présenté un diagramme de tous les services offerts : gouvernement fédéral, gouvernement provincial, ONG. À le regarder, je n'aurais aucune idée vers quels services orienter quelqu'un. Par où commencer? À qui faut-il s'adresser pour ouvrir la porte et recevoir de l'aide?

M. Chaulk : Il y a actuellement plusieurs points d'entrée. Souvent, il s'agit du médecin de famille qui l'orientera en fonction de ce qu'il sait des services qui existent localement. Comme je l'ai dit, à peu près 120 personnes nous téléphonent ou passent à notre bureau chaque mois simplement pour obtenir de l'information ou savoir à qui s'adresser. Il se peut qu'après la restructuration, les conseils régionaux puissent améliorer l'accès, mais le problème existe toujours. Le consommateur doit quand même frapper à plusieurs portes et répéter sans cesse son histoire, avec toutes les difficultés que cela suppose, à plusieurs personnes avant de trouver le bon endroit.

Le sénateur Cordy : Ou alors on téléphone et on entend : « Pour tel service, appuyez sur un; pour tel autre, appuyez sur deux; pour tel autre encore, appuyez sur trois » et à la fin il n'y a personne.

M. Chaulk : Oui.

Dr Callanan : Vous avez tout à fait raison et c'est une plainte que l'on entend souvent. Il n'y a pas de portail d'entrée et j'espère qu'au bout du compte un nombre appréciable de personnes sont

service with which they finally come in contact, but they say, "Do you know, you are the ninth person I have called before I got to this door, and none of the previous eight actually sent me here?"

Mr. Chaulk: Yes.

Senator Cordy: Ms. Greene, you have referred to the bureaucracy you face in trying to get things done. How much of your time do you have to spend filling out forms? Do you have it down to a percentage? It just seems as if it is so cumbersome.

Ms. Greene: There is no question that it actually takes a considerable amount of time and, quite honestly, outside of filling out forms, an incredible amount of time goes into consultations such as this. As I said to Senator Kirby yesterday, I have not started the revolution yet, so I am still needing to infiltrate and conquer. You feel as though you must take every opportunity to do that, but this must be done between dealing with housing, homelessness, income support, employment issues, and so on. It is one of things that I would like to highlight.

I am not sure what the simplest way of doing this is, if you asked me to come up with an idea. That is the real gap for agencies, and I know that Mr. Chaulk feels the same way. We give a tremendous amount of time and energy to consultations and travelling and things like that because we do know that if you ask us and engage with us, then we must give it back. However, resources are limited, especially now with the middle management cutbacks. Opportunities to step back and reflect, opportunities to write about what is working, those kinds of things have been going out the window, but I keep saying that we must find some funds and resources.

If I may mention here, there is a really neat housing project in New York. They actually took some old, rundown Times Square hotel and turned it into a fabulous housing project. They received funding through some of their tax credits. I am not trying to suggest that we follow a United States model, but in that case they have a replication unit, meaning that they have people whose job it is to do just that.

You ask us, why are we not sharing this experience? The answer is that those things need to be funded, and funders do not tend to provide resources for executive assistants, administrators, comptrollers. It involves a considerable outlay of resources, and what happens is that we have people who are just multitasked to death; people who are doing far too much because we try to meet those demands.

Certainly, in terms of the application processes, we have really seen a difference since the sponsorship scandal. While I recognize the need for and commitment to accountability and the establishment of standards, that takes resources. What I mean is, making sure you have proper orientation manuals for all your staff and codes of conduct and everything outlined; it is a huge output. Somewhere in here, if you want that, that has to be recognized as a legitimate resource. I know there is a voluntary sector initiative and I hesitate to say, "Put it there" because it seems that that is a whole other layer, but some kind of resources

satisfaites du service avec lequel on les a mises en rapport, mais elles disent : « Savez-vous que vous êtes la neuvième personne à qui j'ai téléphoné avant d'arriver ici; aucune des huit autres ne m'avait parlé de vous ».

M. Chaulk : Oui.

Le sénateur Cordy : Madame Greene, vous avez parlé de la paperasserie qui vous est imposée. Combien de temps consacrez-vous à remplir des papiers? Avez-vous un pourcentage? Ça semble tellement lourd.

Mme Greene : Il est certain que ça m'occupe beaucoup et, pour être honnête, en plus de remplir des formulaires, je passe incroyablement de temps à des consultations comme celle-ci. Comme je l'ai dit au sénateur Kirby hier, je n'ai pas encore commencé la révolution et je dois encore faire de l'infiltration et mener des batailles. On se dit qu'il faut saisir chaque occasion, mais cela doit se faire entre les périodes où l'on s'occupe du logement, des itinérants, du soutien du revenu, de problèmes d'emploi, et cetera. J'aimerais insister là-dessus.

Je ne sais trop quelle est la façon la plus simple de procéder si vous me demandez une idée. C'est ce qui manque dans les organismes, et je sais que M. Chaulk est du même avis. Nous consacrons énormément de temps et d'énergie à des consultations et à nous déplacer parce que nous savons que si vous nous demandez d'échanger avec vous, nous devons le faire. Mais nos moyens sont limités surtout depuis que les cadres intermédiaires ont été supprimés. Les chances de prendre du recul, de réfléchir, d'écrire sur ce qui est efficace, tout cela s'est envolé, mais je ne cesse de répéter que nous devons trouver les fonds et des moyens.

J'aimerais mentionner quelque chose : il y a un ensemble domiciliaire vraiment extra à New York. Ils ont pris un vieil hôtel délabré de Times Square et l'ont transformé en ensemble domiciliaire extraordinaire. Ils ont reçu des fonds sous forme de crédits d'impôt. Je ne dis pas qu'il faut suivre le modèle américain mais dans ce cas, ils ont une unité de réplication, ce qui veut dire qu'ils ont des gens qui ne font que ça.

Pourquoi ne reproduisons-nous pas cette expérience? C'est qu'il faut de l'argent et les bailleurs de fonds ne fournissent habituellement pas de l'argent pour des adjoints exécutifs, des administrateurs, des contrôleurs. Cela suppose la mobilisation de moyens considérables; or, nos gens sont polyvalents à outrance; ils en font beaucoup trop pour essayer de répondre aux exigences.

Pour ce qui est de la présentation des demandes, les choses ont vraiment changé depuis le scandale des commandites. Oui, il faut rendre des comptes et avoir des normes mais cela demande des moyens. Je veux dire : s'assurer d'avoir de bons manuels d'orientation pour tout le personnel et des codes de conduite et tout le reste, ça demande énormément. À un moment donné, si c'est cela que vous voulez, il faut que cela entre en ligne de compte. Je sais qu'il y a l'initiative du secteur bénévole et j'hésite à dire « Tope là » parce que ça semble être une couche de plus, mais il faut des moyens auxquels les groupes peuvent s'adresser pour ce

are needed to which groups can apply to for that kind of infrastructure, especially those who are doing much of the work of government in partnership.

Senator Cordy: We frequently get calls in our office from people working through the myriad of layers within the system, and part of the difficulty now, as you can imagine, is that when an MP phones bureaucrats, they are being told, "How dare you phone!" so I agree with you. I think it is a major issue and that we could save substantial amounts of time and avoid burnout.

I used to be on the board of Phoenix House in Halifax, and our executive director spent tremendous amounts of time doing what we call "PR" work, but nonetheless important. When you are doing good things, people from other jurisdictions are calling, looking for information, and people like us want to hear about your programs, so it is a challenge.

I was interested also when you talked about champions. When we were in Vancouver, we had Svend Robinson, Bill MacPhee and Rafe Mair all appear before our committee. I agree with you that when you put a human face on mental illness, it seems to reduce the stigma, but it is almost a catch-22 situation: While the stigma is still there, people do not want to come out.

Mr. Chaulk, you spoke about your fears about speaking out on your job, that you were afraid that you may not get your promotion or any number of other things. Michael Wilson is doing a lot of good work in that area, and has actually been hired by the government to do some work in that area.

Mr. Chaulk: I heard about his appointment recently and I was really quite pleased because I had worked with him on the Toronto-Peel Mental Health Implementation Task Force. From his own personal life, he has a real sense in terms of the toll that mental illness can take. It is a tough one, and I think a multifaceted approach needs to be taken. I was not meaning earlier to suggest that a federal ministry or department should take it on because I do not think, from my experience within government, that the expertise lies there. I think you need to go to where the communications experts are to put together that kind of anti-stigma strategy, and it takes time to be effective.

As I now understand it, after 20 years of having to use mental health services, maybe as things change it is easier for people to "come out", per se. I think for those of us who are at a certain age and who have achieved a certain stability in our careers, we must take that leap. I wish I had taken it myself some years ago because I have found it actually quite liberating. It also paves the way for people to share their experiences when they hear about your story, "Well, you know, my sister also..." In the education sessions that I conduct, I talk about my own experience. It is almost like an automatic ice breaker because, as the statistics say, it is one in five as well as everyone around that person who is affected. There is a certain amount of individual responsibility for eroding the stigma and putting your own face out there.

genre d'infrastructure, surtout ceux qui font le gros du travail du gouvernement en partenariat.

Le sénateur Cordy : Nos bureaux reçoivent souvent des coups de téléphone de gens qui doivent passer à travers la multitude de couches qui existent dans le système et une partie du problème aujourd'hui, vous pouvez l'imaginer, c'est que quand un député téléphone à un bureaucrate, il se fait répondre : « De quel droit osez-vous me téléphoner? » Je suis donc d'accord avec vous. Je pense que c'est un gros problème et que l'on pourrait gagner beaucoup de temps et éviter le surmenage.

J'ai déjà siégé au conseil d'administration de Phoenix House à Halifax et notre directeur exécutif passait un temps fou à faire des relations publiques qui étaient néanmoins importantes. Quand vous faites quelque chose de bien, les gens d'ailleurs vous téléphonent, vous demandent des renseignements et veulent en savoir davantage sur votre programme. C'est donc difficile.

J'ai aussi été intéressée quand vous avez parlé de champions. À Vancouver, Svend Robinson, Bill MacPhee et Rafe Mair ont tous comparu devant le comité. Comme vous, je pense que lorsqu'on associe un visage à une maladie mentale, la stigmatisation semble être moindre, mais c'est un cercle vicieux : tant que la stigmatisation existe, les gens ne veulent pas s'afficher.

Monsieur Chaulk, vous avez dit que vous aviez hésité à en parler au travail de peur de ne pas obtenir de l'avancement, par exemple. Michael Wilson fait beaucoup de bon travail dans ce domaine et a même été embauché par le gouvernement pour en faire plus.

M. Chaulk : J'ai entendu parler de sa nomination dernièrement et cela m'a fait très plaisir parce que j'ai déjà travaillé avec lui au Toronto-Peel Mental Health Implementation Task Force. Il sait par expérience quelle est la rançon de la maladie mentale. C'est une question épineuse et je pense qu'il faut une démarche multidimensionnelle. Tout à l'heure, je ne voulais pas dire qu'un ministre fédéral devrait s'en charger parce que pour avoir travaillé au gouvernement, je ne pense pas que l'expertise s'y trouve. Il faut s'adresser à des experts en communication pour élaborer une stratégie antistigmatisation. Cela prend du temps avant qu'elle donne des résultats.

Pour m'être prévalu pendant 20 ans des services de santé mentale, je sais maintenant que les choses changent et qu'il est plus facile de sortir du placard, en quelque sorte. A un certain âge, après avoir trouvé une certaine stabilité dans sa carrière, il faut faire le saut. J'aurais dû le faire il y a quelques années parce que ça été une libération. Quand les gens apprennent ce qui vous est arrivé, cela leur permet d'en faire autant : « Eh bien, vous savez, il se trouve que ma sœur aussi... » Dans les séances de sensibilisation que je donne, je parle de mon propre vécu. Cela brise la glace tout de suite parce que comme les chiffres le disent, une personne sur cinq et tout son entourage sont touchés. C'est un peu à chacun d'entre nous de saper cette stigmatisation et d'y associer son propre visage.

The Chairman: Sometime last week, Sven Robinson testified before us in Vancouver, and he referred to his coming out on mental illness as his second coming out. He said it was infinitely more difficult for him than the first one. That is the first comment.

The second one is that you commented on the ice breaker. I may have mentioned this to Ms. Greene yesterday that, as we go around the country or give speeches and so on, the vast majority of members of this committee have a member of their family who has had a significant mental illness. Any time I am giving a speech, I mention that at the very beginning. The ice breaker comment is absolutely right. Suddenly, we move from being abstract policy makers to being one of them, and the impact of that is absolutely extraordinary.

Mr. Chaulk: Yes. Just to give you some feedback, I agree with Svend. I have had, too, the same two coming out processes, and the first one as a gay man was so much easier because you had an identifiable community to which you could go and that you would be part of and not be seen as any different. But for me, that was 20 years ago.

The Chairman: The same for Svend, too, actually.

Mr. Chaulk: It is really interesting that that would be an easier process for me, even working within the system, than being willing to take the risk to say, "Yes, I am back on medication and I am not actually on a two-week vacation. I am waiting for this new medication to bring me to a point where I can come back to work and work a little more comfortably."

What I think is really instrumental and significant now is the work done by CHANNAL, the group that you heard from yesterday, in terms of providing safe places for people to go to in order to commence that coming out process.

Senator Cook: Thank you all for your very compelling presentations. If we look at the person at the centre, I think the strength is in the stories that we tell each other because, right now, I do not have a clue as to how to find the person that is at the centre because there are so many layers and so many bits and so many pieces that we need to look at in a holistic manner.

When you talk about education — yes, Mr. Chaulk, this will be my first story. On Saturday night, I went to a national dinner meeting of the Girl Guides of Canada that has been held here for many years. Part of the entertainment was a group of about 120 school kids from an elementary school in Paradise, and they did an anti-stigma presentation. That is the only way I can describe it. It was song, it was dialogue, it was action, it was recitation, but there was a common theme. When they would do a piece, they would say, "It is up to you and it is up to me. Together we make one, big happy family." I do not know where it came from, but it was incredible. I think the education is out there.

Mr. Chaulk: Yes.

Le président : La semaine dernière, Svend Robinson a comparu devant nous à Vancouver et il nous a dit que d'avouer sa maladie mentale était sa deuxième sortie du placard. Elle était infiniment plus difficile que la première, a-t-il dit. C'est la première chose que je veux dire.

Deuxièmement, vous avez dit que cela brisait la glace. Je l'ai peut-être dit à Mme Greene hier. Quand nous parcourons le pays ou faisons des discours, la très grande majorité des membres du comité ont un membre de leur famille qui a eu une maladie mentale grave. Chaque fois que je fais un discours, c'est par cela que je commence. Le fait que cela brise la glace est tout à fait vrai. Tout d'un coup, nous ne sommes plus des gens qui élaborent des politiques dans l'abstrait, mais bien un des leurs et l'effet est immédiat.

M. Chaulk : Oui. Je suis d'accord avec Svend. Moi aussi, je suis sorti deux fois du placard. La première fois, comme gay, cela a été beaucoup plus facile parce qu'il y avait une communauté identifiable vers qui se tourner, dont vous faites partie et où vous n'êtes pas perçu comme différent. Pour moi, c'était il y a 20 ans.

Le président : La même chose pour Svend, en fait.

M. Chaulk : Il est vraiment intéressant que cela ait été plus facile pour moi qui travaillais à l'intérieur du système que de prendre le risque de dire : « Oui, j'ai recommencé à prendre des médicaments et je ne suis pas en vacances pour deux semaines. J'attends que le nouveau médicament me remette en état de revenir au travail et de me sentir un peu plus à l'aise. »

Ce qui est très important actuellement, c'est le travail fait par CHANNAL, le groupe que vous avez entendu hier, car il offre un lieu sûr à ceux qui veulent amorcer le processus de sortie du placard.

Le sénateur Cook : Merci à tous de vos témoignages très convaincants. Si nous regardons la personne au centre, je pense que la force est dans les histoires que nous nous racontons parce que, actuellement, je ne sais pas du tout comment trouver la personne qui est au centre parce qu'il y a tant de couches et tant d'éléments disparates qu'il faut considérer de manière holistique.

Si l'on parle d'éducation — alors oui, monsieur Chaulk, voici ma première anecdote. Samedi soir, je me suis rendue à un souper qui était une réunion des Guides du Canada qui se tient à cet endroit depuis plusieurs années. Pour nous divertir, il y avait un groupe d'environ 120 écoliers d'une école élémentaire de Paradise, et ils ont fait une présentation contre la stigmatisation. Je ne sais pas comment l'appeler autrement. Il y avait du chant, il y avait du dialogue, il y avait de l'action, il y avait des récitations, mais il y avait un thème commun. Lors de leur présentation, ils disaient : « Cela dépend de vous et cela dépend de moi. Ensemble, nous sommes une grande famille heureuse. » Je ne sais pas d'où cela venait, mais c'était incroyable. Je pense que l'éducation se fait sur le terrain.

M. Chaulk : Oui.

Senator Cook: It is in one school because they would come to the microphone and say, "It is wrong to be rude to your friend. It is wrong to steal from your neighbour." It had all of the elements of that piece, and I was encouraged by that.

When we talk about a seamless delivery of services, then it becomes more complex because there are a great many needs that the one person has. My understanding of why I am sitting here this morning is that we hope that if we listen to your stories and all of your expertise, that we can offer to the federal government a national plan for this country, a national mental health strategy. We will do it because we have listened to people and heard your stories.

The one thing that you can help me with in terms of that, Dr. Callanan, is the cost of delivering services. I mean, you are the expert. Your vision is great and you have all your material, but it comes down to dollars eventually when you are dealing with government. What will be the cost of delivering a functional telehealth, telemedicine system? I will only use my own island as an example because that is where I come from, and then we can be a model for other parts of Canada, because rural Ontario is no different from rural Newfoundland, and probably not as sparsely populated.

Dr. Callanan: Yes.

Senator Cook: Ms. Greene, I have known you for so long and you are still that visionary that I always knew, and you have come miles in your life's journey. I hear you asking how can we peel away the layers for you to achieve the optimum, which is to care for that person who is at the centre of this whole issue. The only question I have for you is, if the first layer is the federal bureaucracy here in this city, in this province, where are the barriers? What stones do we need to roll away and how can we help you to do that because, clearly, from your presentation, these barriers exist. Those, then, are my questions for you. How can we help? Your clarity of purpose is reflected in your presentation, as it is in the presentations of all of the people from whom we have heard across the country, and your responses are the same and your needs mirror those of the other parts of Canada.

Mr. Chaulk, do you have a wish?

Mr. Chaulk: Are you referring now to telehealth?

Senator Cook: No, I will leave that to Dr. Callanan. You were talking about education and the seamless delivery of services. Where do we begin, because for me it is not stigma; it is discrimination. Let us call it what it is.

Mr. Chaulk: Yes.

Senator Cook: Should we take the first step into the school system, into the curriculum?

Mr. Chaulk: Yes.

Le sénateur Cook : C'est dans une école parce qu'ils s'avançaient vers le microphone en disant : « Il ne faut pas être bête avec ses amis. Il ne faut pas voler ses voisins. » Tous les éléments étaient là, et cela m'a encouragée.

S'il s'agit d'une prestation ininterrompue de services, alors les choses se compliquent parce qu'une personne peut avoir un grand nombre de besoins. Si j'ai bien compris, je suis ici ce matin dans l'espoir que si nous vous écoutons avec votre expertise, alors nous pourrions offrir au gouvernement fédéral un plan national pour ce pays, une stratégie nationale pour la santé mentale. Nous serons en mesure de le faire après avoir écouté les récits des témoins.

Docteur Callanan, aidez-moi au peu au sujet du coût de la prestation des services. Après tout, vous êtes un expert. Même avec une grande vision et tout le matériel nécessaire, il s'agit toujours, en fin de compte, de dollars lorsqu'on traite avec le gouvernement. La prestation d'un système de télésanté et de télémedecine en bon état de fonctionnement coûterait combien? Je prendrai seulement mon île natale comme exemple car je viens d'ici, et ensuite nous pourrions servir d'exemple pour les autres parties du Canada, parce que l'Ontario rural n'est pas très différent de la Terre-Neuve rurale, et sa population est peut-être moins éparse.

Dr Callanan : Oui.

Le sénateur Cook : Madame Greene, depuis tout le temps que je vous connais, vous n'avez jamais renoncé à votre vision, et vous avez fait beaucoup de chemin dans la vie. Vous voulez savoir comment on peut enlever les obstacles afin de mieux réaliser l'objectif, qui est de fournir des soins à l'individu qui se trouve au centre de toute cette question. J'ai une seule question à vous poser : si le premier palier, c'est la bureaucratie fédérale ici même dans cette ville, dans cette province, alors où sont les obstacles? Quelles seraient les pierres qu'il faudrait ôter et comment pourrions-nous vous aider à le faire, car il est évident d'après votre présentation, que ces obstacles existent. Alors, voici mes questions. Comment pourrions-nous aider? Votre présentation, comme les présentations de tous les témoins que nous avons entendus dans tout le pays, montre que votre intention est claire, vous avez des réponses semblables et vos besoins ressemblent à ceux des autres parties du Canada.

Monsieur Chaulk, voulez-vous dire quelque chose?

M. Chaulk : Est-ce qu'on parle maintenant de télésanté?

Le sénateur Cook : Non, je laisserai ce sujet-là au docteur Callanan. Vous parliez d'éducation et de la prestation ininterrompue de services. Par où faut-il commencer, car d'après moi, ce n'est pas de la stigmatisation, c'est de la discrimination. Il faut appeler les choses par leur nom.

M. Chaulk : Oui.

Le sénateur Cook : Notre première étape devrait-elle viser le système scolaire et le programme d'études?

M. Chaulk : Oui.

Senator Cook: Should we, as Ms. Greene suggests, give it to a marketing agency and let them get on with it? Let us do something about it.

Mr. Chaulk: Yes.

Senator Cook: If you had a wish this morning, where would you begin?

Mr. Chaulk: It would need to be multifaceted. I think we need to rely on media and technology to be presenting information and images to the public that correct some of the myths and the stereotypes, and I think you do start with the young. As I said in my brief, our previous education coordinator — who, regrettably, died suddenly about a month and a half ago — had the ability to go in and talk to grade 6 students. He was a man who lived with schizophrenia, accomplished a lot in his life, had a university degree and was working part-time.

It all comes down to the material that you develop, the approach that you take, and I do believe that as part of the learning for children and adolescents — and adolescents in particular because of their susceptibility — that you start in the school system, and that is part of where we have tried to go.

However, that is not the only place where you can be meeting young people. You also need to go to places that they call their own, and that they claim as their own where you might be able to have a different level of interaction with them. However, I do think that education in the school system is the starting point.

Senator Cook: The concept of telehealth and telemedicine is very much a part of me, but is there a big cost of setting that up and maintaining it?

Dr. Callanan: Interestingly, in Newfoundland, of course, we have Canada's largest and longest-running telehealth network, through which we have access to some 70 communities throughout Newfoundland and Labrador. Last spring, we had the twenty-fifth anniversary conference of TETRA here in this hotel. The issue is, again, that we are not using it in the way that we should. In terms of cost, the largest study that has been done on that was done by Richard O'Reilly in London, Ontario and he has worked with a group of over 200 patients who volunteered to participate in this study, which was a randomized controlled trial; that is to say, the research protocol identified where the individuals were to be seen via telepsychiatry versus Dr. O'Reilly flying down and seeing them in Thunder Bay. At the end of his one-year study, and even taking into account all of the data has not been received yet, the saving was about 20 per cent for telepsychiatry. That comparison included a study of the cost of buying the equipment and doing the set-up for that study.

In Newfoundland, the equipment and the set-up is here. One of the problems with it is that some of the areas have their own regional networks, and throughout Atlantic Canada there is a group called Tele-Mental Health Working Group, and we do not have the same capacities to interconnect between and among various communities, say, between Newfoundland and New

Le sénateur Cook : Et comme l'a proposé Mme Greene, devrions-nous faire faire ce travail par une agence de marketing? Il faut faire quelque chose.

M. Chaulk : Oui.

Le sénateur Cook : Si vous aviez un souhait à formuler ce matin, qu'est-ce que ce serait?

M. Chaulk : Il y aurait plusieurs composantes. Je crois qu'il faut qu'on puisse se fier aux médias et à la technologie qui pourraient présenter des renseignements et des images au public pour corriger certains des mythes et des stéréotypes, et je crois qu'il faut commencer chez les jeunes, en effet. Comme je l'ai dit dans mon exposé, notre ancien coordonnateur de l'enseignement — qui, malheureusement, est mort soudainement il y a à peu près un mois et demi — avait la capacité d'aller parler aux étudiants de 6^e année. C'était un homme qui souffrait de schizophrénie, a beaucoup accompli dans sa vie, avait un diplôme universitaire et travaillait à temps partiel.

Tout dépend du matériel conçu, de l'approche qui est prise, et je crois que pour rejoindre les enfants et les adolescents — les adolescents tout particulièrement à cause de leur susceptibilité — il faut commencer par le système scolaire, et c'est en partie ce que nous avons essayé de faire.

Cependant, ce n'est pas le seul endroit où l'on rencontre des jeunes. Il faut aussi aller là où ils se sentent chez eux, dans les endroits qu'ils revendiquent comme étant les leurs, et où il est possible d'avoir un rapport différent avec eux. Cependant, je crois que le système scolaire est le point de départ.

Le sénateur Cook : Les concepts de la télésanté et de la télémedecine m'intéressent beaucoup, mais est-ce que la mise sur pied et l'entretien de tels systèmes coûtent très cher?

Dr Callanan : Il se trouve qu'à Terre-Neuve nous avons le réseau de télésanté le plus vaste et le plus ancien au Canada, et nous avons accès à 70 communautés à Terre-Neuve-et-Labrador grâce à ce réseau. Le printemps passé, le 25^e anniversaire de la conférence du TETRA a eu lieu dans cet hôtel. Le problème, encore une fois, c'est que nous n'en faisons pas usage comme nous devrions le faire. Pour ce qui est du coût, la plus vaste étude faite sur la question a été menée par Richard O'Reilly à London en Ontario qui a travaillé avec un groupe de plus de 200 patients s'étant portés volontaires pour participer à l'étude, randomisée et contrôlée. En d'autres mots, le protocole de recherche a identifié les patients qui auraient une consultation télépsychiatrique plutôt qu'en personne avec le Dr O'Reilly à Thunder Bay. À la fin de l'étude d'un an, et malgré le fait que toutes les données n'ont pas encore été reçues, il s'est avéré que la télépsychiatrie permet d'épargner 20 p. 100. La comparaison incluait une évaluation du coût de l'achat de l'équipement et de son installation.

À Terre-Neuve, l'équipement et l'installation existent. Certaines régions ont leurs propres réseaux régionaux et dans le Canada atlantique, il y a un groupe qui s'appelle Tele-Mental Health Working Group, et malheureusement nous n'avons pas les mêmes capacités pour rejoindre et créer des liens entre les diverses communautés, comme par exemple entre Terre-Neuve et le

Brunswick. We have had difficulties holding some of our meetings because we do not all have the same type of equipment. I do not have the technical expertise to point out the differences, but there is a difference between whether you have a satellite link, which is a medium I am familiar with, versus an Internet protocol, or wide-band versus some telephone line that is shorter than wide-band.

The Chairman: That is the modern version of the narrow gauge railways.

Dr. Callanan: Except this time the problem is not unique to Newfoundland and Labrador. It stretches across the country from sea to sea.

The Chairman: Right.

Dr. Callanan: I have an anecdotal example. We have this network throughout Newfoundland. We saw somebody through a clinic where I work. The individual was a professional going to take up a position in a small community, and we offered to provide a telehealth follow-up rather than trying to orchestrate a visit back to St. John's. Because of stigma, the individual would not take a booking at the local telehealth centre to talk to a psychiatrist in St. John's. However, since the follow-up was being provided by one of our students, who tried to go ahead and make the booking and to say, "An appointment is available at this date and this time," we discovered that the cost for the link-up would be about \$240, and nobody was available to pay that bill. The cost is usually about \$95 to do the link-up and then about \$60 an hour to continue the consultation.

However, work is being done in this area. It has been piloted here in Newfoundland and has now gone beyond the pilot stage and will soon be, as I say, rolled out across the country.

Veterans' Affairs Canada has a peer support program and a treatment program for individuals who have been in military service and are suffering from post-traumatic stress disorders or other conditions related to the service, where they can, as an option, choose to come to St. John's, where most of the services are located. There are some in Corner Brook also. However, they can now also access their counsellors via telehealth technology and that is actually proving to be fairly popular. They have worked out some ways around identifying why the different individuals would be coming to the telehealth centre in the small towns, and that is moving now into Nova Scotia and going across the country, not as a replacement but as another means of veterans accessing service.

Senator Cook: Ms. Greene, as I said, I am trying to seek knowledge so that we can all move forward together. You mentioned Harbour Breton, which is 20 miles down the road from where I was born and brought up. Yesterday, a young woman from Grole sat there before us. She had been resettled in the 1980s to Harbour Breton. You talk about a continuum. I know since January or February there have been delegations coming to Ottawa from that community, seeking a way to continue to live where they want to live in the best possible way. I realize my inadequacy. I am not a community worker. We can only take

Nouveau-Brunswick. On a eu du mal à tenir certaines réunions parce que nous n'avons pas tous le même type d'équipement. Je n'ai pas les connaissances techniques pour vous expliquer les différences, mais les liaisons par satellite, que je connais bien, se différencient des protocoles Internet, de la large bande et des lignes téléphoniques plus étroites que la large bande.

Le président : C'est la version moderne des chemins de fer à voies étroites.

Dr Callanan : Sauf que dans ce cas-ci, le problème n'existe pas uniquement à Terre-Neuve-et-Labrador, mais plutôt dans tout le pays.

Le président : D'accord.

Dr Callanan : Je peux vous donner un exemple anecdotique. Nous avons un réseau à Terre-Neuve. Une personne est venue nous voir dans notre clinique. C'était un professionnel qui s'appêtait à commencer un poste dans une petite collectivité, et nous avons offert de lui offrir des services de télésanté plutôt que d'essayer d'organiser une visite à St. John's. À cause du stigmata qui existe, la personne a refusé d'aller au centre de télésanté local pour parler à un psychiatre à St. John's. Cependant, puisque le suivi était offert par un de nos étudiants, qui voulait faire la réservation et dire « un rendez-vous est disponible à telle date et à telle heure », nous nous sommes rendu compte que la liaison coûterait à peu près 240 \$, mais personne n'était là pour payer la facture. La liaison coûte d'habitude à peu près 95 \$ et puis c'est à peu près 60 \$ l'heure pour continuer la consultation.

Cependant, il y a du travail qui se fait dans ce domaine. C'est à Terre-Neuve que le projet pilote est né, et maintenant qu'on a dépassé l'étape du projet pilote, ce programme devrait être déployé dans tout le pays.

Le ministère des Anciens combattants a un programme de soutien par les pairs et un programme de traitement pour les personnes qui ont servi dans l'armée et souffrent du syndrome de stress post-traumatique et d'autres conditions. Ces personnes peuvent venir à St. John's si elles le veulent, c'est là que la plupart des services sont offerts. Il y en a aussi à Corner Brook. Cependant, elles peuvent maintenant avoir accès à leurs conseillers via la technologie de la télésanté, et c'est en fait plutôt populaire. On s'est interrogé pour savoir pourquoi certaines personnes choisissent d'utiliser les centres de télésanté dans les petites villes, quelque chose qui commence à se faire maintenant en Nouvelle-Écosse et ailleurs au pays. Ce n'est pas pour remplacer ce qui existe, mais pour offrir aux anciens combattants une autre façon d'y avoir accès.

Le sénateur Cook : Madame Green, comme je l'ai dit, j'essaie de comprendre ce que nous pouvons tous faire pour aller de l'avant. Vous avez mentionné Harbour Breton, qui est à 20 milles de là où je suis née et où j'ai grandi. Hier, une jeune de Grole a comparu devant nous. Dans les années 80, elle avait été réinstallée à Harbour Breton. On parle d'un continuum. Je sais que depuis janvier ou février des délégations de cette communauté vont à Ottawa, elles essaient de trouver une façon de vivre là où elles veulent vivre du mieux qu'elles peuvent. Je suis consciente de mes faiblesses. Je ne suis pas une travailleuse communautaire. Nous ne

forward what they are saying to us and I feel for the communities around my province, but that is one of the challenges of living where we live, I guess. However, I think we would be remiss as leaders, whether we are NGOs, whether we are not-for-profit, whether we are professionals or whether we are so-called politicians, if we did not move forward together and try to understand each other's needs and work within the realm of what is possible and what the reality is.

I will go back to my question: How can we help you?

Ms. Greene: I have a couple of thoughts on that. One of the things has got to be that if what we are delivering is provincial services, there has to be increased money. I know that there has been significantly more monies put back into health, but what I would like to see is perhaps some strings attached to the money coming in, requiring the province to actually look at some joint submissions. We talk about integration of services and, certainly, CMHA's model is one that we hope that we are putting into effect, which is integrating employment, community, health and housing. If some funds were made available to the province, the federal government should stipulate that, "This money is there if you can actually show that you are breaking down silos and you are taking some integrated approach that is not related to just one response." I think it all revolves around setting the guidelines but, quite honestly, as for the federal government delivering provincial services, I think you will have to find a way to make that collaboration work. I know you have met with our Minister of Health. There needs to be some opportunities to collaborate. I know I would like to get people in a room for five days and do an organizational transformation workshop with critical policy makers to ask, and perhaps answer, the question: How can we do things differently? Something along those lines, in any event.

We talked about cost benefit analysis. You talked about the cost of things. I think you need to find out ways to show the kinds of monies that are being spent now. I mean, \$60 an hour or \$95 an hour is not a lot of money when you consider the impact on people's lives and the cost of institutions. I heard that we have the reverse situation here. We have 80 per cent of our patients spending time in a psychiatric facility versus a general hospital. A lot of money is being spent on expensive systems, and I think we need to do some research on that whole premise.

Having said that, we were asked by CIHR and the National Homelessness Secretariat to do some research pertaining to housing and health. When it came to the call for proposals, we said, "Please make it relevant to us. Do not waste our money on counting the homeless or whatever." The call for proposals turned out to be entirely too academic. Talk about having resources to do something! We had Bruce Pearce and he could not walk us through that. We just said, "We cannot do it. We cannot actually look for this money." Thus, the money is still going out to academics. I am not saying that all academics are not connected to the communities. There are some very good people in academia across the country. But I think that we need to do some cost benefit analyses that looks at the value of community-based responses in a way that is user-friendly.

sommes que leur porte-parole, et c'est malheureux pour les collectivités dans ma province, mais c'est un des défis de l'endroit où on vit, j'imagine. Cependant, en tant que leaders, il serait dommage que les ONG, les organismes à but non lucratif ou autres, les professionnels et les soi-disant politiciens ne travaillent pas ensemble pour aller de l'avant, essayer de se comprendre l'un l'autre et essayer de faire ce qu'il est possible de faire étant donné la réalité actuelle.

Je reviens à ma question : comment pouvons-nous vous aider?

Mme Greene : J'ai quelques idées là-dessus. D'une part, si les services que nous offrons sont des services provinciaux, il nous faut plus d'argent. Je sais qu'il y a eu une hausse importante du financement pour la santé, mais ce que j'aimerais voir ça serait peut-être des conditions rattachées à ce financement, ce qui obligerait les provinces à étudier certaines soumissions mixtes. On parle d'intégrer les services, et on se fonde sur le modèle de l'ACSM, en essayant d'intégrer l'emploi, la collectivité, la santé et le logement. Si certains fonds étaient dégagés pour les provinces, le gouvernement fédéral devrait stipuler que l'argent n'est accordé que si les provinces peuvent démontrer qu'elles éliminent toute forme de cloisonnement et prennent une approche intégrée et variée. Il faut créer des lignes directrices, mais je crois très honnêtement que vous allez devoir trouver une façon de faire fonctionner la collaboration fédérale-provinciale si le gouvernement fédéral veut fournir des services provinciaux. Je sais que vous avez rencontré notre ministre de la Santé. Il faut créer un milieu propice à la collaboration. J'aimerais rassembler les gens dans une pièce pendant cinq jours et tenir un atelier de transformation organisationnelle avec les décideurs pour savoir comment nous pourrions faire les choses différemment. En tout cas, ce serait une idée.

On a parlé d'une analyse coûts-avantages. Vous avez parlé du coût des choses. Il faut pouvoir rendre des comptes quant à l'argent que nous dépensons aujourd'hui. Soixante ou 95 \$ de l'heure n'est pas un montant énorme quand on considère l'effet que cela a sur la vie des gens et le coût des établissements. J'ai entendu dire que nous avons la situation inverse ici. Quatre-vingt pour cent de nos patients se retrouvent dans des établissements psychiatriques plutôt que dans des hôpitaux généraux. Beaucoup d'argent est dépensé pour des systèmes onéreux, mais je crois qu'il faut faire de la recherche sur toute cette question.

Cela étant dit, les IRSC et le Secrétariat national pour les sans-abri nous ont demandé de mener de la recherche sur le logement et sur la santé. Quand il s'est agi des appels d'offres avec concours, on a dit : « Que ce soit pertinent. Ne gaspillez pas notre argent pour compter les sans-abri, et cetera. » Le processus d'appel d'offres avec concours s'est révélé bien trop théorique. Et on demande des ressources pour faire quelque chose! On a fait venir Bruce Pearce qui ne pouvait pas nous expliquer de quoi il était question. On a dit tout simplement : « Ça ne marche pas. On n'arrive pas à retracer cet argent. » Donc, l'argent continue à être versé à des universitaires. Je ne dis pas que tous les universitaires manquent de liens avec les collectivités. Il y a d'excellents universitaires de par le pays. Mais je crois que ce qu'il faut faire, ce sont des analyses coûts-avantages pour évaluer les solutions communautaires de façon conviviale.

Senator Cook: If I may say so, Mr. Chairman, you will remember the Heart Health Program that was federally funded and provincially delivered. However, once that project was over, it was over. I suppose there were some benefits to the people who participated in the program, but when you looked at the population in general and the increased capacity that came with that building, it did not happen. Thus I see here one of the stones that we need to roll away. We need to move from projects to programs.

Mr. Chaulk: Absolutely.

Senator Cook: I hope we can achieve that. I want to thank you all for your vision and your expertise and everything else. Just tell us how we can help you.

The Chairman: I thank all of you for appearing before us today.

The committee adjourned.

CHARLOTTETOWN, Thursday, June 16, 2005

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, met this day at 9:02 a.m. to examine issues concerning mental health and mental illness.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the chair.

[*English*]

The Chairman: Good morning. I want to thank all of you for coming. My colleagues and I are delighted to have a chance to talk to you about a variety of mental health issues here in P.E.I.

We have with us today Dr. Ian Reid, who is appearing as an individual. We have Dr. Tina Pranger, who is a mental health consultant with the province; Wendy McCourt, who is the Director of Client Services for West Prince Health Region; and Jim Campbell, Mental Health Addictions Coordinator, also from West Prince. I will start on my right and work my way across to have each of you make a brief opening statement, and then we will ask questions of the panel as a whole. Thanks very much for coming.

Mr. Jim Campbell, Mental Health Addictions Coordinator, West Prince Health Region: Good morning. You will excuse me if I appear a little nervous, because I believed I was here to back up Wendy.

The Chairman: Now tell me, would you prefer we start the other way?

Mr. Campbell: I would, very much.

The Chairman: We have added a lot of mental health stress to Jim's day already, so Ian, would you begin, please?

Dr. Ian Reid, As an individual: Sure. Good morning, ladies and gentleman. I am a surgeon here in Prince Edward Island. My journey here has been rapid, from about 10 days ago when,

Le sénateur Cook : Monsieur le président, vous vous souvenez sûrement du Programme de la santé du cœur qui était financé par le gouvernement fédéral et fourni par les provinces. Une fois le programme terminé, c'était fini. J'imagine que les personnes qui ont participé au programme en ont bénéficié, mais pour ce qui est de la population en général et du renforcement des capacités, ça n'a pas fonctionné. Je crois que je sais ce qu'il nous reste à faire. Il faut privilégier les programmes plutôt que les projets.

M. Chaulk : Tout à fait.

Le sénateur Cook : J'espère qu'on y arrivera. Je veux vous remercier de nous avoir fait part de votre vision, votre expertise, et cetera. Dites-nous tout simplement ce que nous pouvons faire pour vous aider.

Le président : J'aimerais remercier tous les témoins qui ont comparu aujourd'hui.

La séance est levée.

CHARLOTTETOWN, le jeudi 16 juin 2005

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 9 h 2, pour traiter de la maladie et de la santé mentales.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président : Bonjour. Je vous remercie toutes et tous de votre présence. Mes collègues et moi sommes heureux de pouvoir débattre avec vous de la santé mentale ici à l'Île-du-Prince-Édouard.

Nous avons aujourd'hui avec nous le Dr Ian Reid, qui témoignera à titre personnel, la Dre Tina Pranger, conseillère en santé mentale de la province, Wendy McCourt, directrice du Service à la clientèle de la région sanitaire de West Prince et Jim Campbell, coordonnateur de la lutte contre les dépendances, au Service de santé mentale de West Prince. Je commencerai par ma droite, et je vous demanderai à toutes et à tous de faire une brève déclaration préliminaire, avant de vous laisser répondre aux questions des membres du comité. Merci encore d'être venus.

M. Jim Campbell, coordonnateur, Santé mentale et toximanie, West Prince Health Region : Bonjour. Je vous demanderais d'excuser ma nervosité; je croyais que j'étais venu ici seulement pour seconder Wendy.

Le président : Vous aimeriez peut-être que l'on commence par la gauche, alors?

M. Campbell : Oui, s'il vous plaît.

Le président : Nous ne voudrions pas ajouter davantage au stress mental de Jim, alors si vous le voulez bien, nous commencerons par vous, Ian.

Le docteur Ian Reid, à titre personnel : Volontiers. Mesdames et messieurs, bonjour. Je suis chirurgien ici, à l'Île-du-Prince-Édouard. Mon voyage jusqu'à vous a été relativement rapide. Il

through outrage I became involved in the public forum after the cancellation of the mental health crisis line, to finding your website, to reading Catherine Callbeck's article 48 hours ago, to a conversation with Mr. Mercer that day and here, to 36 hours later, I am in front of you. My thoughts have been present in my mind for many years. They were finally put on paper last night at one o'clock after I left the operating room, but I will submit these thoughts, if you wish, in writing later on.

I graduated from medical school in 1981. I am 48 years old. I had the standard training at Queen's in psychiatry, eight weeks, and I assumed that I knew all I needed to know about mental illness to practise medicine. I must, since I was a top student and I had a licence to practise medicine. In the following 24 years, my patients, my friends and my family have taught me what medical school did not, and what many of my colleagues still and many Canadians do not know and do not understand.

Until surgical residency, I never personally knew anyone who freely admitted that they suffered from mental illness. Certainly, I assumed that none of my colleagues or my mentors, anyone who was truly an achiever, could possibly have such a flaw. I was busy becoming a surgeon, treating difficult medical cases, curing cancers, saving lives. Mental illness was a fringe problem.

During my training, one of my professors was hospitalized for several months with a severe depression. Most of us stayed away, unsure of what to say or do. He was seen as the weak one in the department.

My first personal dose of reality was when my wife, also a physician, suffered a severe post-partum depression following the birth of our third child. She was no longer able to work heavy-call demands, late nights without sleep, and this depression did not go away after a respectable, acceptable period of time. Physician colleagues of mine knew very little, and many chastised, criticized or condemned her for not measuring up to her commitments, for slacking off. She was so ill she could not return to her heavy work as a pediatrician. Self-esteem for both of us suffered, but we maintained the cover of secrecy as we learned that physicians do not tolerate such weaknesses and character flaws within their own profession. At least, they did not seem to in 1990, or so we thought. Even her psychiatrist, who saw her regularly, did not submit any billings to maintain the cloak of secrecy.

Five years later, in 1995, my uncle, who at the time was the President of the Atlantic School of Theology, working 70-hour weeks, highly productive, respected, never been ill, went to his family doctor and requested to see a psychiatrist. His doctor said, "Ed, if you need to see a psychiatrist, I need to see a psychiatrist."

y a environ 10 jours, indigné, j'ai participé à une réunion publique contre l'annulation de la ligne d'aide en santé mentale; de là, j'ai consulté ensuite votre site Web, je lis l'article de Catherine Callbeck, il y a environ 48 heures, j'en parle avec M. Mercer le même jour, et 36 heures après, me voici devant vous. Je n'ai couché mes pensées sur papier que la nuit dernière, à une heure du matin, en sortant de la salle d'opération, mais je les ai à l'esprit depuis longtemps, et si vous le désirez, je vous les soumettrai par écrit plus tard.

J'ai terminé mes études de médecine en 1981. J'ai 48 ans. J'ai suivi la formation standard en psychiatrie, de huit semaines, à Queen's, et je pensais savoir tout ce qu'il fallait sur la maladie mentale pour pratiquer la médecine. Je ne pouvais pas penser autrement, puisque j'avais été un étudiant émérite et que l'on m'avait autorisé à pratiquer la médecine. Pendant les 24 années qui ont suivi, mes patients, mes amis et ma famille m'ont appris ce que l'école de médecine n'a pas fait et ce que de nombreux collègues et de nombreux Canadiens ne savent et ne comprennent toujours pas.

Jusqu'à ma résidence en chirurgie, je n'ai jamais connu quelqu'un qui ait librement admis souffrir de maladie mentale. Je n'ai jamais pensé non plus qu'un de mes collègues ou de mes mentors, quelqu'un à la stature d'un chef de file, puisse souffrir un jour d'un tel handicap. J'étais impatient de devenir chirurgien, impatient de traiter des maladies graves, de guérir des cancers, de sauver des vies. La maladie mentale était pour moi un phénomène marginal.

Pendant ma formation, un de mes professeurs a été hospitalisé pendant plusieurs mois à la suite d'une grave dépression. La plupart d'entre nous sommes restés à l'écart, incertains de ce que nous devons dire ou faire. Il était considéré comme le faible du service.

J'ai été rappelé pour la première fois à la réalité lorsque mon épouse, également médecin, a fait une grave dépression post-partum à la suite de la naissance de notre troisième enfant. Elle était soudainement incapable de travailler intensément, incapable d'assurer des gardes de nuit sans s'endormir, et sa dépression n'a disparu qu'après une longue période de temps. Mes collègues médecins en étaient très peu informés, et plusieurs d'entre eux lui en ont voulu et l'ont critiquée ou condamnée de ne pas avoir été à la hauteur de ses obligations professionnelles, d'avoir levé le pied. Elle était tellement malade qu'elle n'a pas pu reprendre son difficile travail de pédiatre. Notre estime de soi en a souffert, mais nous avons maintenu sous couvert le secret en découvrant que les médecins ne toléraient ni de tels handicaps ni de telles faiblesses de caractère dans leur propre profession. C'est du moins ce qu'il nous en semblait ou ce que nous en pensions en 1990. Même son psychiatre, qui la voyait régulièrement, s'est abstenu de nous présenter une facture, de peur de dévoiler le secret.

Cinq ans après, en 1995, mon oncle, un homme respecté et en bonne santé qui consacrait 70 heures par semaine de travail productif à l'Atlantic School of Theology, dont il était à l'époque recteur, est allé voir son médecin pour lui demander de le référer à un psychiatre. Son médecin lui a dit : « Ed, si vous avez besoin de

Ed never asked again. He carried a pistol in his briefcase for six months and finally ended his suffering with a gun in his office. No one knew. The university was shocked, saddened and embarrassed.

As we suffered through Joan's illness, even my own parents, both with two university degrees, one a United Church minister, one a teacher, struggled to understand what happened to their previously wonderful daughter-in-law. From the outside, a depressed person seems lazy, inconsiderate, selfish and self-absorbed. How could she not carry her weight in a busy home? What was the matter with her, they wondered?

Since these life experiences, my understanding of mental illness has changed dramatically. Even though I am a surgeon, I now see, and often diagnose for the first time, serious mental illness in my patients. I am now much more aware of the emotional toll of the serious diagnosis of major loss, and I am very aware of the risks of failure to recognize and respectfully and compassionately treat these fellow life-travellers. The problem is I needed these serious life experiences to learn the truth about mental illness, about the suffering, and also the added burden of the stigma of a diagnosis. I learned this far too late. My own ignorance, my ego and my shame led to me deny, rationalize, and to hide the truth. I have undoubtedly and unknowingly added to the suffering of others.

I have only recently learned that no one escapes mental illness, none of us. My wife and I no longer hide the pain; we share it, and we have found so many other people who are fellow silent sufferers. Fear and ignorance prevented my uncle from getting help and kept our own family isolated from the care of our community of friends and colleagues. Ignorance in my own profession and the lack of adequate resources lead many colleagues directly to the prescription pad, and it still leads to the persecution of these weaker ones.

We need a national strategy for mental health that addresses the problems of knowledge and attitude. We need to educate, encourage and constantly reinforce a new paradigm so that people accept that mental health is just as important as physical health. We must see mental illness, and addictions for that matter, as acceptable illnesses, like diabetes and arthritis, and we must accept that those people who suffer from mental illness deserve our respect, our compassion and our help. We have to strive to change attitudes so that people will seek help early, without shame, without loss of self-esteem, and so that a visit to the mental health services is no different from a visit to the sports medicine clinic.

consulter un psychiatre, je devrais en consulter un moi aussi ». Ed n'a jamais redemandé à consulter un psychiatre. Il s'est promené avec un pistolet dans sa serviette pendant six mois, pour finalement mettre un terme à sa souffrance avec le pistolet dans son bureau. Personne ne l'a su. L'Université en a été choquée, affligée et embarrassée.

Pendant la maladie de Joan, même mes parents, tous deux universitaires pourtant, l'un ministre du culte de l'Église Unie, l'autre enseignant, ont eu de la difficulté à comprendre ce qui arrivait à cette belle-fille autrefois si formidable. Vue de l'extérieur, la personne déprimée semble fainéante, ingrate, égoïste et absorbée en soi. Comment pouvait-elle rester à ne rien faire devant tant de travail? Que pouvait-elle donc bien avoir, se demandaient-ils?

Depuis ces deux épreuves, ma compréhension de la maladie mentale a changé du tout au tout. Bien que je ne sois que chirurgien, maintenant, je vois et je diagnostique souvent pour la première fois les maladies mentales graves chez mes patients. Je suis beaucoup plus conscient des effets émotionnels des diagnostics que je pose dans les cas graves, et je suis conscient des risques de mon échec à ne pas reconnaître et traiter avec respect et compassion mes compagnons de route. Le problème, c'est qu'il m'a fallu passer par deux dures épreuves pour comprendre la réalité de la maladie mentale, comprendre la souffrance et le fardeau supplémentaire des stigmates d'un diagnostic. J'ai appris cela beaucoup trop tard. Mon ignorance, mon ego et ma honte m'ont conduit à occulter, rationaliser et travestir la réalité. J'ai indubitablement et inconsciemment ajouté à la souffrance des autres.

Ce n'est que récemment que j'ai appris que personne n'échappait à la maladie mentale, personne. Mon épouse et moi ne cachons plus notre douleur; nous la partageons et nous avons rencontré de nombreuses autres personnes qui comme nous souffraient en silence. La peur et l'ignorance ont empêché mon oncle de demander de l'aide, comme elles ont isolé ma propre famille des soins de nos amis et collègues. L'ignorance de ma propre profession et le manque de ressources adéquates ont conduit plusieurs collègues directement au carnet d'ordonnances, et elle conduit encore à la persécution des plus faibles.

Nous avons besoins d'une stratégie nationale sur la santé mentale qui s'attaque aux problèmes de savoir et d'attitude. Nous devons éduquer et encourager le public, et sans cesse lui répéter cette nouvelle réalité pour qu'il accepte que la santé mentale est aussi importante que la santé physique. Nous devons considérer la maladie mentale, et possiblement pour cela toute dépendance, comme une maladie acceptable, au même titre que le diabète ou l'arthrite, et nous devons accepter que les personnes qui souffrent de maladie mentale méritent notre respect, notre compassion et notre aide. Nous devons lutter pour changer les attitudes, pour amener les gens à demander de l'aide plus tôt, sans honte et sans perte d'estime de soi, pour qu'une visite à une clinique de santé mentale ne soit pas différente d'une visite à une clinique de médecine sportive.

We have to educate Canadians about ways to preserve mental health. If we spend three hours a week in school doing phys. ed., how can we not spend at least an hour a week on life skills? We must educate people about the signs of threatened illness, the risk factors, so that early intervention can be sought.

Finally, ladies and gentleman, we need a fundamental change. Much suffering out there is unnecessary. Lives, careers and families can be saved. These barriers I have described must come down. Thank you.

The Chairman: Thank you very much, Dr. Reid.

Dr. Tina Pranger, Mental Health Consultant, Health and Social Services, Province of Prince Edward Island: Thank you. My presentation will be somewhat dryer than Dr. Reid's. I am here as the P.E.I. Department of Health and Social Services mental health consultant, and I am speaking on behalf of all the members of a committee of mental health managers, some of whom are sitting behind me.

The Chairman: They will make sure you tell it right, is that it?

Dr. Pranger: They will, and they will be there to answer any questions I cannot. I am the bureaucrat, they are the practitioners.

I want to, first of all, say hello to committee members and thank you so much for the opportunity to speak with you and to respond to your interim report.

In November, when your interim report came out, we were very excited. We were excited because it seemed that finally the federal government was paying attention to mental health issues, mental illness issues and addiction issues. We are thrilled that the report was tabled, that it was only an interim report, and that you are following up by looking to those of us who work in the field and who live with mental illness and addictions for recommendations.

I want to briefly outline for you what the Prince Edward Island mental health system looks like. Without getting into too many details, we have three hospital in-patient settings and five community mental health centres. We have a children's mental health network, a senior's mental health program, a crisis response system, outreach services for persons with serious and persistent mental illness, and we liaise with key partners. Even though we are the smallest province in our nation, we have all the same infrastructure and services that many of the bigger provinces have, although perhaps not all the human resources.

We see about 1,200 patients a year in an in-patient setting; 2,000 in crisis response, which is primarily based in the emergency rooms in the hospitals, but also in community mental health settings; and about 5,000 clients per year in community mental health centres, including 1,100 children and families.

Nous devons éduquer les Canadiens sur les moyens de préserver leur santé mentale. Si l'école accorde trois heures par semaine à l'éducation physique, pourquoi ne pourrait-elle pas accorder au moins une heure par semaine à l'étude des mécanismes sociaux? Nous devons éduquer les gens aux menaces des maladies et aux facteurs de risque afin qu'ils sachent se faire rapidement secourir.

Pour conclure, Mesdames et Messieurs, nous avons besoin d'un changement radical. Une grande partie de la souffrance actuelle n'est pas justifiée. Des vies, des carrières et des familles pourraient être sauvées, si nous faisons tomber les barrières que j'ai évoquées. Merci.

Le président : Merci à vous, D^r Reid.

La docteure Tina Pranger, consultante en santé mentale, ministère des Services sanitaires et sociaux, province de l'Île-du-Prince-Édouard : Merci. Mon exposé sera quelque peu plus sec que celui du Dr Reid. Je suis ici à titre de conseillère en santé mentale du ministère des Services sanitaires et sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard et je parle au nom du Comité des gestionnaires de la santé mentale dont certains membres sont assis derrière moi.

Le président : Ils sont là pour s'assurer que vous les représentez bien, est-ce bien cela?

Dre Pranger : C'est bien cela, mais ils sont là également pour répondre aux questions auxquelles je ne pourrais pas répondre. Je suis la bureaucrate; ils sont les hommes de terrain.

J'aimerais d'abord saluer les membres du comité et vous remercier de l'occasion que vous me donnez de vous parler et de répondre à votre rapport provisoire.

En novembre, lorsque vous avez fait paraître votre rapport provisoire, nous étions très excités. Nous étions excités, parce qu'il nous semblait que le gouvernement fédéral allait enfin se préoccuper de la maladie et de la santé mentales, des dépendances et des personnes qui les soignent ou qui en souffrent. Nous sommes très heureux que le rapport ait été déposé, qu'il ne s'agisse que d'un rapport provisoire et que vous consultiez les intervenants et les malades.

J'aimerais brièvement vous décrire le système de santé mentale de l'Île-du-Prince-Édouard. Nous disposons de trois centres médicaux pour malades hospitalisés, de cinq centres communautaires de santé mentale, d'un réseau de santé mentale pour enfants, d'un programme de santé mentale pour aînés, d'un système d'intervention d'urgence, de services d'extension pour les personnes souffrant de maladie mentale grave et durable et d'une liaison permanente avec nos partenaires clés. Bien que nous soyons la plus petite province du Canada, nous disposons des mêmes infrastructures et services que les provinces plus grandes, sauf peut-être pour ce qui est des ressources humaines.

Nous recevons environ 1 200 patients par an en hôpital, 2 000 patients dans les centres de crise — essentiellement des salles d'urgence aménagées dans des hôpitaux et des infrastructures communautaires de santé mentale — et environ 5 000 clients par an dans les centres communautaires de santé mentale, dont 1 100 enfants et parents.

I already mentioned that the Mental Health Managers Committee has representatives from across the province, from in-patient settings and community mental health settings.

Our submission details our response to the interim report. I will highlight a few points here verbally that we wanted to focus on for this presentation.

The first is under "Service and Supports: System Coordination and Integration." We like to brag that P.E.I. has many examples of successful collaborations, perhaps because we are small, perhaps because we have to get along, perhaps because we do not have the resources that larger jurisdictions do, but we do partner well. Some of the incentives that seem to work in partnering and collaboration are goodwill among partners; the interest and the willingness to partner — and we seem to have a fair degree of that; ensuring that there is joint involvement of all relevant partners — making sure you include everyone who needs to be included; committed leadership. We need to be sure, from our senior management on down, that there is a commitment to engaging in collaborative work and in partnerships, and that the collaborators have the authority to make decisions. They need to be more than an advisory body; in fact they need authority to make at least operational decisions.

There need to be the structural supports, administrative supports, for instance, for collaboration.

Another point raised in the interim report was funding to encourage collaboration. Our suggestion is for a common budget for collaborative work, envelope funding, and that this funding be protected. I can say this now because I recently moved to Veterans Affairs; I can now talk about the province and not have my fingers slapped. All too often, funding that is directed from the federal government to the provinces, even though it is supposed to be targeted, does not necessarily go to the intended client base. It often ends up in general coffers. Therefore, I think protected funding is key, what you talk about in your report as ring-fencing.

Another point that we want to respond to is enhancing access. You asked questions about national standards for wait times. We very much support the need for national benchmarks. We are quite lucky here in Prince Edward Island to have our own standards, and our wait times are relatively short for most services, except perhaps for access to psychiatrists. However, national benchmarks would be useful because they set a standard by which we can compare our wait times and also set targets to aim for.

You also asked about the need for a federal/ provincial/ territorial mental health and addictions advisory committee. As you are aware, there are currently at least two FPT committees, one for mental health and one for substance abuse. We very much support the need for a joint committee. If we intend to have on-the-ground collaborative and integrated community mental

J'ai déjà mentionné que le Comité des gestionnaires de la santé mentale était représentatif de la province et des services hospitaliers et communautaires de santé mentale.

Le mémoire que nous avons présenté détaille notre réponse au rapport provisoire. Je soulignerai ici verbalement les quelques points qui nous semblent importants.

Commençons par celui qui s'intitule « Services et soutien : Coordination et intégration du système ». Nous aimons vanter les nombreuses collaborations fructueuses de l'Île-du-Prince-Édouard, peut-être à cause de la petite taille de nos services, de notre obligation de réussir, de la petite taille de nos ressources, mais il est vrai que nous savons être de bons partenaires. La réussite dans le partenariat repose beaucoup sur la bonne volonté et l'intérêt des partenaires — et il semblerait que nous en avons —, sur l'engagement des principaux partenaires — s'assurer de bien inclure tous ceux qui veulent jouer un rôle — et sur un leadership déterminé. De la direction à la base, nous devons nous assurer que nous partageons tous la même volonté et le même désir de collaborer et que nous reconnaissons tous à nos partenaires le droit de décider. Nos partenaires doivent être plus que de simples conseillers : ils doivent, pour le moins, pouvoir prendre des décisions opérationnelles.

Nos partenaires devraient nous apporter un soutien structurel, un soutien administratif, par exemple.

Le rapport provisoire soulève aussi la question d'un financement qui encouragerait cette collaboration. Nous souhaiterions que les budgets des partenariats soient communs, des financements par enveloppe, et qu'ils soient protégés. Je dis cela aujourd'hui, parce que je suis récemment passée aux Anciens combattants et que je peux parler des affaires provinciales sans me faire taper sur les doigts. Trop souvent, les subventions du gouvernement fédéral aux provinces, même lorsqu'elles sont ciblées, ne vont pas nécessairement aux bénéficiaires prévus. Elles finissent souvent dans les coffres généraux. Par conséquent, je crois qu'il est primordial de protéger les subventions, ce que vous évoquez dans votre rapport lorsque vous parlez de faire le tour des dossiers de répartition des fonds.

J'aimerais également répondre à la question de l'amélioration de l'accès. Vous avez posé des questions sur les normes nationales des temps d'attente. Nous sommes très favorables à l'établissement de normes nationales. Nous avons de la chance, ici, à l'Île-du-Prince-Édouard, d'avoir nos propres normes et nos temps d'attente sont relativement courts pour la plupart des services, sauf peut-être pour les services psychiatriques. Mais il est vrai que des normes nationales nous permettraient de comparer nos temps d'attente et nous fixeraient des objectifs à atteindre.

Vous avez également mentionné le besoin d'un comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé mentale et la lutte contre les dépendances. Comme vous le savez, il existe actuellement au moins deux comités FPT, l'un sur la santé mentale, l'autre sur la lutte contre les dépendances. Nous sommes très favorables à l'établissement d'un comité conjoint. Si nous

health and addiction services, then we need advisory bodies all the way up the chain to help guide that work.

A joint FPT committee could promote needed integration of mental health and addiction services around joint policy, joint education standards. We have already begun that at the FPT level. At the spring meetings of the FPT substance abuse committee and the FPT mental health committee, we had a half-day joint meeting, so we are already doing that work. However, those committees do not have much decision-making authority, nor are their reporting mechanisms clear, or to whom they are to provide advice.

Sometimes, as the federal government changes, the function and reporting status of advisory committees becomes unclear, and soon we are not sure whom we are to advise. In order to effect change and influence policy, there needs to be a much clearer chain.

Another issue we would like to respond to is around human resources, that is, the supply of mental health and addictions personnel and the role of the federal government in ensuring an appropriate supply of professionals. This is a big issue. We often struggle to maintain adequate numbers and levels of mental health personnel. We would certainly appreciate federal support for developing a human resource plan; setting standards for per capita allocation of human resources; ensuring equitable distribution of human resources; addressing the rural-urban imbalance; developing and funding recruitment and retention strategies at a federal level; developing standards for mental health and addictions training in professional education programs for physicians, nurses, occupational therapists, social workers, psychologists, et cetera. The federal government can set standards to ensure that there is adequate training — Ian referred to that — in those professional programs.

Financial support and incentives to increase student numbers in professional education programs are required. It seems to be quite difficult to attract individuals, young people, to mental health and addictions professions. It is not just a matter of attracting greater numbers, but also a high level of applications.

Also, for those individuals who are already practitioners, there should be support for professional development, upgrading and cross-training, for instance, between addictions and mental health workers so they can learn about each other's practices.

The other human resources issue that we would like to respond to is encouraging collaboration between primary health care and mental health providers. We see this as essential. You are no doubt aware of the two Primary Health Care Transition Fund

devons mettre sur pied des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances coopératifs, intégrés et communautaires, nous aurons besoin de comités consultatifs tout le long de la chaîne pour nous guider.

Un comité conjoint FPT pourrait promouvoir l'intégration nécessaire des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances autour d'une politique commune et des normes d'éducation communes. Nous avons déjà commencé cela au niveau FPT. Lors des réunions FPT de printemps du comité sur la lutte contre les dépendances et du comité FPT sur la santé mentale, nous y avons consacré une demie journée. Nous sommes déjà engagés dans cette voie. Mais ces comités ne disposent ni d'un grand pouvoir de décision, ni de mécanismes de reddition de comptes, pas plus qu'ils ne savent exactement qui conseiller.

Parfois, en raison du changement de gouvernement fédéral, la fonction et le processus de reddition de compte des comités consultatifs deviennent moins clairs et nous ne savons plus vraiment qui conseiller. Pour influencer sur le changement et la politique, il faudrait une chaîne de responsabilités plus claire.

J'aimerais également répondre à la question des ressources humaines, à savoir la dotation en personnel des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances personnelles et le rôle du gouvernement fédéral dans la dotation suffisante de professionnels. C'est là une question importante. Nous devons souvent nous battre pour maintenir un personnel suffisant dans les services de santé mentale. Nous souhaiterions que le gouvernement fédéral nous aide à mettre en place un plan des ressources humaines, qu'il établisse des normes de subventions par employé, qu'il garantisse une distribution équitable des ressources humaines, résolve le déséquilibre entre la ville et la campagne, élabore et finance des stratégies de recrutement et de maintien en place du personnel, élabore des normes de formation pour les futurs médecins, infirmiers(ères), ergothérapeutes, travailleurs sociaux, psychologues, et cetera., des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Le gouvernement fédéral pourrait établir des normes qui garantiraient la qualité de la formation, comme Ian l'a mentionné, de tous ces professionnels.

Il faudrait augmenter le nombre d'étudiants dans les filières de la santé mentale et de la lutte contre les dépendances par plus de financement et de meilleures mesures incitatives. Il semble en effet très difficile d'attirer des individus, les jeunes gens, à la santé mentale et la lutte contre les dépendances. Il ne s'agit pas tant d'augmenter le nombre de professionnels en santé mentale et dans la lutte contre les dépendances que d'augmenter le nombre de demandes d'emploi dans ces services.

De même, il faudrait aider les professionnels en place à se perfectionner et à encourager chez eux la formation réciproque — permettre, par exemple, aux praticiens de la lutte contre les dépendances de former des praticiens de la santé mentale, et vice versa.

L'autre question de ressources humaines à laquelle nous aimerions répondre concerne l'encouragement de la collaboration entre les fournisseurs de soins de santé primaires et les fournisseurs de soins de santé mentale. Nous considérons

projects that are proposing to provide us with some information to help us do this better. Some of the things that we have found to work well are: setting up formal consultation processes between primary health care and addictions/mental health; setting up formal referral processes; having joint training on common issues. Ian spoke of post-partum depression. It is certainly possible for mental health staff and primary health care staff to have joint training sessions on issues such as post-partum depression. As I mentioned before, ensuring that there is adequate training in professional education curricula; making sure that there is basic education of primary health care staff on addictions and mental health for those who did not have the benefit of that training in their professional training programs; joint service planning and jointly running various programs such as a coping with anxiety group, involving people where necessary.

The last point we wanted to make, and to reiterate what Dr. Reid mentioned, is our support for a national action plan. We need direction from the federal government. Certainly each jurisdiction has been involved in some way, shape or form in developing our own mental health plans, but we need direction from the federal government. It is essential that the federal government develop a national plan because it sets the broad parameters, the guidelines and the expectations for accountability. This kind of plan can provide direction to the provinces and territories in developing, refining and supporting their own mental health plans.

We suggest that such a national plan should include national standards for service delivery; it should emphasize not only mental health care, but mental health promotion, illness prevention and community development. Far too many of our resources go into fixing what is broken and not into ensuring that it does not get broken, to be blunt. We need to ensure that a national plan focuses on that. You are all aware, of course, that CAMIMH has proposed a blueprint for a national plan and we certainly support that plan. We would hope that it would include, again, that ring-fenced funding, protected funding targeted towards expectations and standards, so that in fact it does serve the clients it is intended to serve.

I think that is all I have to say for now.

The Chairman: Thank you.

Now, Jim, would you like to try?

Mr. Campbell: Would you like an honest answer, sir?

The Chairman: Go ahead.

cette collaboration comme essentielle. Vous êtes certainement au courant des deux Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires qui proposent de nous aider à mieux faire dans ce domaine. Nous avons trouvé que certaines choses fonctionnaient bien, comme par exemple la mise en place de processus de consultation formels entre les services de soins primaires et les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances, la mise en place de processus de référence formels et la nécessité d'une formation commune sur des questions d'intérêt commun. Ian a parlé de dépression post-partum. Rien n'empêche les professionnels de la santé mentale et ceux des soins de santé primaires de suivre une formation commune sur ce type de dépression. Comme je l'ai mentionné, il faudrait s'assurer de la qualité des programmes de formation des professionnels, mettre en place des cours fondamentaux sur les soins de santé mentale et sur la lutte contre les dépendances pour les professionnels des soins de santé primaires qui n'auraient pas eu la chance de suivre ces cours pendant leur formation professionnelle, planifier et gérer conjointement les services et programmes - un groupe de gestion de l'anxiété, par exemple - et encourager la participation de tous, le cas échéant.

Le dernier point que j'aimerais préciser, et je reprendrai ici le Dr Reid, concerne notre soutien à l'établissement d'un plan d'action national. Nous avons besoin d'une orientation fédérale. Les provinces ont toutes plus ou moins contribué à l'élaboration et à la structuration de nos plans de santé mentale, mais l'orientation doit venir du gouvernement fédéral. Il est urgent que le gouvernement fédéral élabore un plan national qui circonscrive les paramètres, les lignes directrices et les exigences de responsabilité en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Un tel plan permettrait aux provinces et aux territoires d'élaborer, de corriger ou de soutenir leurs propres plans de santé mentale en toute connaissance de cause.

Nous sommes d'avis que ce plan national devrait inclure des normes nationales sur la fourniture des services, qu'il devrait mettre l'accent non seulement sur la santé mentale, mais également sur la promotion de la santé mentale, la prévention de la maladie et le développement communautaire. De trop nombreuses ressources vont dans la guérison et non dans la prévention, pour être crue. Nous devons nous assurer que le plan national focalisera sur la prévention. Vous savez toutes et tous, bien sûr, que l'ACMMSM a proposé un avant-projet de plan national et que nous soutenons ce plan. Nous espérons, une fois encore, qu'il comprendra une clause sur la protection des subventions, la protection de ces fonds alloués à des besoins ciblés et selon des normes établies, afin que ces subventions servent réellement les clients qu'elles étaient destinées servir.

Je crois que c'est tout ce que j'avais à dire pour l'instant.

Le président : Merci.

Alors, Jim, vous sentez-vous prêt maintenant?

M. Campbell : Vous voulez une réponse honnête, monsieur le président?

Le président : Allez-y.

Mr. Campbell: A couple of points, I guess, before I start. One is that my supervisor and I had very short notice of this because of the circumstances of our employment. We are both relatively new to our positions, and so this came as a bit of a surprise.

One of the things that we have attempted to do in our presentation is to be specific about our small rural area, and not having worked on the team with Dr. Pranger on her presentation, I knew that that was cutting it close.

The Chairman: No, that is helpful, because we get a lot of big-city material. That is terrific.

Ms. Pranger: We are flattered that you consider Charlottetown a big city.

The Chairman: Everything is relative.

Mr. Campbell: West Prince Health provides service to a population base of 12,000 to 15,000 persons, covering the area from Ellerslie to North Cape. We are based, as I had mentioned to Senator Kirby earlier, between the Mill River Golf Course and the St. Felix Golf Course.

The services range from income support, child protection, mental health, addictions, acute care, home care, long-term care and public health to specialty services such as nutrition, physiotherapy, speech language, and occupational therapy.

Mental health and addictions service a client base of approximately 110, probably 150 if addictions service is included. If you do the math, you may recognize that is a considerable percentage of the population at one time.

The West Prince area is primarily one of seasonal employment such as farming, fisheries and related services, and therefore has periods of high unemployment and a depressed economy relative to other regions of P.E.I. This situation is commonly accepted as a factor that creates higher stresses on the population, which leads to an increase in social difficulties that, in turn, contribute to a rise in the need for mental health issues services.

The mental health and addictions service is a combined service with one manager, that being me, to provide leadership and support and to carry a small caseload. The team is comprised of three addictions counsellors and three mental health clinicians who service families, individuals and youth. One team member in particular focuses specifically on children's mental health, with a strong community development perspective. The team also has a part-time nurse who administers the psychiatric medications program.

The team is supported by an outpatient detoxification program in partnership with East Prince Health.

M. Campbell : Deux petits points, avant que je ne commence, alors. Le premier, c'est que mon superviseur et moi avons été avertis en retard de cette réunion à cause de notre emploi du temps. Nous sommes tous deux nouveaux à nos postes et votre invitation nous a quelque peu surpris.

Nous avons essayé dans notre exposé de nous confiner au cadre spécifique de notre petite région sanitaire rurale, et comme je n'ai pas participé au travail d'équipe sur l'exposé de la Dre Pranger, je savais qu'il l'écourterait.

Le président : Non, ce sera utile, parce que nous avons assez d'informations sur la grande ville. C'est très bien ainsi.

Mme Pranger : Nous sommes flattés que vous considériez Charlottetown comme une grande ville.

Le président : Tout est relatif.

M. Campbell : La région sanitaire de West Prince fournit des services à une population de 12 000 à 15 000 personnes et couvre la région de Ellerslie jusqu'à North Cape. Nous nous situons, comme je l'ai mentionné au sénateur Kirby plus tôt, entre le club de golf de Mill River et le club de golf de St. Felix.

Nos services vont du soutien du revenu aux services plus spécialisés de nutrition, de physiothérapie, d'orthophonie et d'ergothérapie en passant par les services de protection de l'enfance, de santé mentale, de lutte contre les dépendances, de soins actifs, de soins à domicile, de soins de longue durée et de santé publique.

Les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances couvrent environ 110, voire 150 personnes, si l'on compte les services de lutte contre les dépendances propres. Si vous faites le calcul, vous verrez qu'il s'agit d'un pourcentage relativement élevé de personnes en une fois.

La région de West Prince est avant tout un bassin d'emplois saisonniers dans l'agriculture, la pêche et les services connexes. Les périodes de chômage y sont par conséquent longues, tout comme son économie est l'une des plus déprimées de l'Île. Cette situation est habituellement génératrice de stress, lequel conduit à une aggravation des difficultés sociales qui, à leur tour, contribuent à l'augmentation des besoins en services de santé mentale.

Les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances sont combinés et gérés par un gestionnaire, moi en l'occurrence, responsable d'une petite équipe et d'une petite charge de travail. L'équipe comprend trois conseillers dans la lutte contre les dépendances et trois cliniciens en santé mentale. Nos clients sont des familles, des individus et des jeunes. L'un des membres de l'équipe s'occupe spécialement de la santé mentale des enfants, avec pour cadre le développement communautaire. L'équipe peut également compter sur trois infirmiers(ères) à temps partiel qui administrent les médicaments psychiatriques.

Elle peut également compter sur un programme de désintoxication externe conjointement géré avec East Prince Health.

A major barrier for clients in West Prince has been limited access to psychiatry. Presently, there is no psychiatric service within West Prince. Clients can access psychiatric services at Summerside. A psychiatrist is made available in Summerside for one day every two weeks to serve West Prince clients.

This creates difficulty for clients, as they often do not have transportation. Clients may not have a car or the income to cover the travel cost and may have exhausted their natural support system. A solution may be telemedicine videoconferencing, which would facilitate psychiatric access from West Prince, including direct service to clients and/or consultation for service providers.

Maintaining stability in staffing has been difficult at times, with staff seeking other employment opportunities. It is difficult to replace them with qualified clinicians, who must consider the need to travel or relocate to this rural area. This creates concern for the clients, who are faced with changing clinicians and the difficulties of once again developing a therapeutic relationship.

The mental health team does not provide immediate crisis response, such as to clients expressing suicidal ideation or severe psychotic episodes associated with severe and persistent mental illness. However, they do partner with the family physicians to support referral of these clients to appropriate help in a designated facility.

At times, the mental health team will assist other professionals in providing service to clients through consultations. The team will often participate on various regional committees such as the interagency youth team and CQI, which is a quality initiative, to share their expertise and assist in developing a comprehensive, quality service.

The team will utilize other services such as a family violence coordinator, Community Inclusions, which services people with intellectual challenges, and Parents Anonymous. The team will, when appropriate, participate in interdisciplinary case conferences and initiate collaborative partnerships with other agencies to develop a case plan to address the clients' overall well-being. Dr. Pranger alluded to one of the issues in a rural community. It has to do with staff and the fact that we provide all the services, or as many as we can, to our population, and we are few, and so we have an already overloaded staff. The same person often does the case conferences, the working with clients and the assistance to other organizations, and there is value in that, but there are also issues.

The Chairman: Thank you, Jim.

Ian, let me thank you very much for your story. We have heard equally tragic tales across the country. It is just incredible. It happen to have known your uncle because my father was a professor at the Atlantic School of Theology for a number of years. Thank you for coming and telling us that story.

L'accès aux services psychiatriques a longtemps été limité à West Prince. Actuellement, il n'existe pas de service psychiatrique comme tel dans la région de West Prince. Les clients de la région sont suivis à Summerside, où ils sont reçus un jour par deux semaines.

Cette situation est compliquée pour les clients, qui n'ont souvent pas de moyen de transport. Parfois, ils n'ont ni voiture ni argent pour payer leur titre de transport, quand ils n'ont pas épuisé leur réseau de soutien naturel. La solution pourrait venir d'un système de vidéoconférence ou de télémedecine, lequel pourrait faciliter l'accès aux services psychiatriques à partir de West Prince (service direct aux clients et/ou consultation aux fournisseurs de services, par exemple).

Nous avons eu de la difficulté parfois à stabiliser le personnel et fait face également à des départs d'employés. Leur remplacement n'a pas été évident, car il n'est pas facile de convaincre des cliniciens compétents de venir s'établir dans une région rurale. Cette situation ajoute au lot des préoccupations des clients, qui doivent s'habituer à de nouveaux visages et recommencer à zéro leur relation thérapeutique.

L'équipe de santé mentale n'est pas une équipe d'intervention d'urgence. Par exemple, elle n'intervient pas auprès de clients ayant des idées suicidaires ou souffrant d'épisodes psychotiques graves associées à une maladie mentale grave et permanente. Mais elle assure le suivi des clients avec leur médecin de famille et aide à les diriger vers les centres et services de soins appropriés.

Parfois, l'équipe de santé mentale aide certains professionnels à offrir des services de consultation à ses clients. Elle participe également souvent aux travaux de nombreux comités régionaux, comme le comité de l'équipe jeunesse inter-organismes ou le comité de l'ACQ — une initiative sur la qualité —, pour partager son expertise et aider à la mise en place d'un service complet de qualité.

L'équipe utilise elle-même certains services, comme ceux du coordonnateur de la violence familiale, de l'insertion communautaire — qui s'occupe des personnes ayant des troubles intellectuels — et des « Parents Anonymes ». Le cas échéant, elle participe à des conférences de cas interdisciplinaires et s'associe avec d'autres organismes pour élaborer des plans d'intervention en faveur du bien-être général des clients. La Dre Pranger a évoqué l'un des problèmes des régions rurales : la difficulté de recruter du personnel. Comme nous fournissons à notre population tous les services, ou du moins tous ceux que nous pouvons fournir, et comme nous sommes peu nombreux, nous nous retrouvons dès le départ avec un personnel surchargé. La même personne gère souvent les conférences de cas, l'interaction avec les clients et le soutien aux autres organisations. Cette situation a ses bons côtés, mais aussi ses problèmes.

Le président : Merci, Jim.

Ian, je vous remercie beaucoup pour votre récit. Nous avons entendu bon nombre de récits tragiques du genre dans le pays. Il est tout simplement incroyable. Il se trouve que j'ai connu votre oncle, parce que mon père a été professeur à l'Atlantic School of Theology pendant plusieurs années. Merci d'être venu nous raconter cet événement.

Tina, can I ask you two or three questions on related areas of your presentation? As you say, there are two federal/provincial/territorial committees, one on mental health and one on addictions. We have been led to believe that the one on mental health was effectively moribund; bluntly, it was not doing anything. Is that a fair comment, do you know?

Ms. Pranger: The committee over the last number of years has become more of an information-sharing and education committee. We are not at all clear as to our advisory status, who we in fact advise. We did have an advisory role at one point, but currently we do not. I would not say it is moribund or defunct, because we do still meet twice a year. However, it is primarily for information sharing and educating each other, which is quite useful. In terms of influencing policy, that is where we are —

The Chairman: That is what I meant. It may be useful for the participants, but it does not necessarily go beyond that.

Ms. Pranger: No, and that is a major concern, because if mental health is to be on the agenda, or certainly more visible on the radar screen, then we need to have a mechanism for that.

The Chairman: Who is chairing the mental health committee now? Do you know?

Ms. Pranger: I was.

The Chairman: You were until you moved?

Ms. Pranger: That is correct.

The Chairman: You have a section in your presentation on information, research and technology that you did not so much talk about, but as I understand it, P.E.I. is ahead of a lot of other provinces in terms of a comprehensive electronic patient record. You are a perfect size for a pilot project. Will that include mental health information? I ask that because it is interesting to note that a lot of patients, to get back to some of the points that Ian made, seem to understand the value of an electronic patient record if it covers blood tests, et cetera, but the minute it includes psychiatric conditions, there is a feeling that a much greater degree of privacy is required for mental health information. I do not know of anywhere in the country that has made meaningful progress so far on getting mental health information onto an electronic patient record. Are you doing that?

Ms. Pranger: We have what is called integrated services management, which is an electronic client record of community health services. That would include community mental health as well as addictions. It does not include in-patient mental health. That is an entirely different set. Those are in-patient records. Right now, those are two separate systems. The issue that you raised, Senator Kirby, around confidentiality, is one that we have been struggling with. We have been rolling with the electronic client record for a year now, and through our implementation

Tina, puis-je vous poser deux ou trois questions sur des domaines qui touchent à l'objet de votre exposé? Comme vous l'avez dit, il existe deux comités FPT, l'un sur la santé mentale, l'autre sur la lutte contre les dépendances. On nous a fait croire que le comité sur la santé mentale était effectivement moribond; à proprement parler, qu'il ne faisait rien. Est-ce exact, que pensez-vous de cette allégation?

Mme Pranger : Au cours des dernières années, le comité sur la santé est devenu plus un comité de partage d'information et d'éducation. Nous ne savons plus au juste les uns les autres ce que nous devrions faire de notre statut de conseillers, qui nous devrions en fait conseiller. Nous avons effectivement un rôle de conseillers à un moment donné, mais nous ne l'avons plus. Je n'irai pas jusqu'à dire qu'il est moribond ou défunt, parce nous nous réunissons encore deux fois par année. Mais, nous y partageons nos informations et nous nous y éduquons les uns les autres surtout, ce qui n'est pas sans utilité. En ce qui concerne la politique d'influence, voilà où nous en sommes.

Le président : C'est ce que je voulais dire. Il est peut-être utile pour ses membres, mais il ne va pas nécessairement au-delà.

Mme Pranger : Non, et c'est là une grande inquiétude, parce que si nous souhaitons réellement mettre la santé mentale à l'ordre du jour, ou, du moins, lui donner plus de visibilité sur la scène, il est clair que nous devrions nous doter d'un autre mécanisme.

Le président : Qui préside le comité de santé mentale actuellement? Le savez-vous?

Mme Pranger : C'est moi qui le présidais.

Le président : Vous en étiez présidente jusqu'à votre mutation?

Mme Pranger : C'est cela même.

Le président : Il y a une section dans votre exposé sur l'information, la recherche et la technologie sur laquelle vous n'avez pas développé, mais si j'ai bien compris, l'Île-du-Prince-Édouard est en avance sur plusieurs provinces en matière de dossier médical électronique. Vous avez la taille parfaite pour un projet pilote. Les renseignements sur la santé mentale sont-ils également concernés? Je demande cela parce qu'il est intéressant de noter que beaucoup de patients, si l'on se rappelle les propos de Ian, semblent accepter la valeur du dossier médical électronique quand il s'agit de tests sanguins, et cetera., mais réclament plus de confidentialité dès qu'il s'agit de renseignements sur l'état psychiatrique. Je ne connais aucune administration dans le pays qui ait réussi à faire figurer les renseignements sur la santé mentale dans le dossier médical électronique des patients. Êtes-vous en train de faire cela?

Mme Pranger : Nous avons ce que nous appelons un système de gestion intégrée des services, qui permet de constituer un dossier médical électronique des services de santé communautaire. Les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances entrent dans ces services de santé communautaire. N'y entrent pas les services de santé mentale en hôpital. C'est totalement différent, car nous parlons alors de dossiers de patients hospitalisés. Actuellement, il existe deux systèmes distincts. Le point que vous soulevez, sénateur Kirby — la confidentialité des

working group, have been struggling with the issue of confidentiality. As you know, mental illness carries a huge stigma and trust in the therapist-client relationship is key, and knowing that there is a certain degree of privacy. We are trying to balance the need for client privacy with the need to share information. The way we get around that is to get client consent to share information.

The Chairman: If you could give me a couple of illustrations. What types of information are in your community records other than the standard demographic information?

Ms. Pranger: Oh, everything: screening, referral information, intake information, assessment information, client notes — anything that would have been in the hard copy record.

The Chairman: Prescriptions?

Ms. Pranger: Yes.

The Chairman: Since the vast majority of mental health services are not in-patient services, you are acquiring most of the mental health information for people in the province?

Ms. Pranger: Community-based services.

The Chairman: However, the community-based services have to be a lot more than the in-patient services, just in terms of volume.

Ms. Pranger: The community-based services are not in-patient services.

The Chairman: No, I am saying something different. If you look at the number of people served by in-patient services and the number served by community-based services, the second has to be by far the bigger number?

Ms. Pranger: It includes speech pathology, home care, public health, income support, child protection, nutrition, so any kind of health and social services that are offered in the community are on the electronic client record. It is just hospital services that are not.

The Chairman: I have a last question, since you are no longer with the government.

Ms. Pranger: I am on secondment. Did I say that?

The Chairman: Senator Callbeck and I had breakfast this morning with the minister. I have always been struck by the fact that the smaller provinces have been able to build close relationships between the community-based services and the health department. You are now in the process of splitting the department and the social services part will be in a different department from the health part?

Ms. Pranger: Correct.

renseignements —, nous occupons toujours. Nous fonctionnons avec les dossiers médicaux électroniques depuis un an maintenant, mais notre équipe de mise en œuvre continue de se battre sur la question de confidentialité. Comme vous le savez, la maladie mentale porte la marque d'un stigmate et la confiance entre le thérapeute et son client y est essentielle. La confidentialité fait en quelque sorte partie de cette relation de confiance. Nous essayons de trouver un équilibre entre la confidentialité et le partage de l'information.

Le président : Pourriez-vous me donner quelques exemples? Quels types de renseignements autres que les renseignements démographiques classiques contiennent vos dossiers de santé communautaire?

Mme Pranger : Oh ! de tout : les renseignements sur l'accueil, les lettres de référence, les réponses aux questionnaires, les évaluations, les notes du client, tout ce que vous auriez dans un dossier traditionnel.

Le président : Les ordonnances?

Mme Pranger : Également.

Le président : Puisque la grande majorité des services de santé mentale sont des services non hospitaliers, vous êtes en train de recueillir les renseignements sur la santé mentale de la plupart des habitants de la province?

Mme Pranger : Des services communautaires seulement.

Le président : Mais les services communautaires ne doivent-ils pas être un peu plus que les services hospitaliers, ne serait-ce qu'en termes de volume?

Mme Pranger : Les services communautaires ne sont pas des services hospitaliers.

Le président : Non, vous m'avez mal compris. Si vous comparez le nombre de personnes soignées à l'hôpital à celui des personnes soignées hors hôpital, vous verrez que le second est de loin supérieur au premier.

Mme Pranger : Il comprend les soins d'orthophonie, les soins à domicile, les soins de santé publique, le soutien du revenu, la protection de l'enfance, les services de nutrition, donc tout type de soin ou de service social offert au niveau communautaire se trouve dans le dossier médical électronique. Seuls les services hospitaliers n'y figurent pas.

Le président : J'ai une dernière question, puisque vous ne travaillez plus pour le gouvernement.

Mme Pranger : Je suis détachée. Je l'ai dit, non?

Le président : Le sénateur Callbeck et moi avons pris notre petit-déjeuner avec le ministre ce matin. Je suis toujours frappé de voir qu'il existe dans les petites provinces des relations étroites entre les services communautaires et le ministère de la Santé. Vous êtes actuellement en train de restructurer le ministère et de diviser les affaires sociales et les affaires sanitaires sous deux ministères différents, n'est-ce pas?

Mme Pranger : C'est exact.

The Chairman: What will that do to all the cooperation that you talked about? In other words, how difficult will it be to continue to provide the services when in fact they are in two separate departments?

Ms. Pranger: Perhaps I could step back a few years. We have undergone various stages of reform and reorganization in the last 12 years.

The Chairman: So has everybody. It is the onus on the health departments across the country.

Ms. Pranger: We started in 1993 when we created five health authorities that were responsible for all services in their region, in-patient, out-patient, community. That was good for us because it encouraged a continuum of care for clients. The change that first became, for lack of a better word, divisive was the creation of the provincial health services authority, which then took responsibility for all acute care services and all four major secondary care institutions — Prince County Hospital, Queen Elizabeth Hospital, Hillsborough Hospital and the provincial addictions treatment centre. The community mental health and addiction services were still under the regional health authorities. That created the first administrative schism. The current split that has been proposed, and in fact will be in place by the end of this year, may or may not have as big an impact because community mental health and addictions will be within the Department of Health, as will institutional or hospital-based mental health. In terms of mental health, that is not a problem.

Certainly our link to income support, which is a big issue for our clients, or to home care, does become a problem.

The Chairman: Housing.

Ms. Pranger: Housing. That becomes a problem. That said, even though we will all be under the Department of Health, hospital care will again be under a different administrative structure from community mental health. Right now, we depend on historical good relationships, people who know each other and used to work with each other, but a number of us are boomers who will be retiring, so the goodwill and those good relationships may not be there. The continuum of care between acute care and community care may also not be there. Is that fair to say? I am getting hot.

The Chairman: They are not jumping out of their seats yet. Jim, I have a quick question.

You talked about three people you call mental health clinicians. Firstly, what do they do? More importantly, what is their training? What is a mental health clinician?

Le président : Quel sera l'effet de cette division sur la coopération dont vous parliez? En d'autres mots, comment pourrez-vous continuer à fournir vos services alors qu'ils seront en fait dans deux ministères différents?

Mme Pranger : Je devrais peut-être vous faire revenir à quelques années en arrière. Nous avons connu de nombreuses réformes et de nombreuses restructurations dans les 12 dernières années.

Le président : Comme tout le monde. C'est le lot de tous les ministères de la santé du pays.

Mme Pranger : Nous avons commencé en 1993, lorsque nous avons créé cinq autorités sanitaires pour chapeauter tous les services de leur région, qu'ils soient hospitaliers, non hospitaliers ou communautaires. Ce fut une bonne décision, parce qu'elle a favorisé la continuité des soins aux clients. Le premier changement fractionnel, à défaut d'un meilleur terme, survint avec la création des Services sanitaires de la province, lesquels sont alors devenus responsables des services de soins actifs et des quatre principaux centres de soins secondaires : l'hôpital du comté de Prince, l'hôpital Queen Elizabeth, l'hôpital Hillsborough et le centre de traitement des dépendances provincial. Les services communautaires de santé mentale et de lutte contre les dépendances restaient quant à eux sous la compétence des autorités sanitaires régionales. Voilà l'origine du premier schisme administratif. La division qui est actuellement proposée — et qui sera mise en place à la fin de l'année — pourrait avoir un important impact, mais le contraire est également possible, parce que les services communautaires de santé mentale et de lutte contre les dépendances dépendront du ministère de la Santé, tout comme les services hospitaliers de santé mentale. Pour ce qui est de la santé mentale, c'est un autre problème.

Il est certain que notre lien avec le soutien du revenu, très important pour nos clients, ou les soins à domicile, pose problème.

Le président : Le logement.

Mme Pranger : Le logement. Il est devenu un problème. Cela dit, même si nous dépendrons tous du ministère de la Santé, les soins hospitaliers dépendront eux d'une structure administrative différente des services communautaires de santé mentale. Actuellement, nous continuons à dépendre de bonnes relations historiques, de personnes qui se connaissent et qui ont l'habitude les uns des autres, mais plusieurs d'entre nous sommes des enfants de l'après-guerre à l'aube de leur retraite et cette bonne volonté et ces bonnes relations ne dureront peut-être pas. Le continuum entre les soins actifs et les soins communautaires ne durera peut-être pas non plus. Ai-je raison de parler ainsi? Je m'excite.

Le président : Ils ne sont pas encore sortis de leurs gonds. Jim, j'ai une toute petite question.

Vous avez parlé de trios cliniciens en santé mentale. D'abord, que font-ils? Avant toute chose, quelle est leur formation? Qu'est-ce qu'un clinicien en santé mentale?

Mr. Campbell: On P.E.I. it is a master's in social work with training in clinical therapy. One of the persons who work with me is a nurse with psychiatric nursing experience, and primarily, she does intake and carries a caseload as well.

The Chairman: By "carries a caseload," do you mean she does counselling?

Mr. Campbell: She does counselling, yes, often with people who have issues with medication as well as mental health issues. There is another with a master's in social work with a specialty in working with children and families, and she does primarily that kind of work, although in a small system like ours, obviously she picks up other things and also does some community work.

The Chairman: Therefore, in addition to yourself, you have six counsellors: three who focus on mental health and three who focus on addictions, right?

Mr. Campbell: That is correct.

The Chairman: This may surprise you, but if I look at it as a percentage of the population, you have probably the best staffed group I have heard of in the country. It is just an interesting observation on the scarcity of resources elsewhere. It does not solve your problem, but it ought to make you at least realize that other people are having worse struggles. However, it is interesting if you see here roughly 150 people and your population is, as you said, around 12,000 to 15,000.

We have talked to people in places that had six counsellors for a population base double or triple yours. Thank you for that.

Senator Callbeck: Dr. Reid, thank you for sharing your experience with us. I too knew your uncle. We went to Mount Allison together, and he was certainly an exceptional person. I agree there is nothing like experiences to make us understand.

You mentioned that mental health is as important as physical health, and I agree with that too. You ended by saying, "Barriers must come down." Maybe you would like to comment on how you feel we can start to take these barriers down?

Dr. Reid: I think that the fundamental change has to start in childhood, when children are taught justice. They are taught to look after their physical health. They are taught some of the things that are essential to maintain their mental health, whether it is education in managing relationships; education in conflict resolution; basic education even in personal finances, which none of us had much of before we left high school, the fundamental things that cause such enormous stress that they trigger mental illness. We also need to develop an attitude amongst our young people that it is quite possible for any of us to suffer from mental illness. There is no shame in early recognition and getting treatment; it is treatable. The outcomes can be much better. It is developing at an early stage a healthy attitude towards mental

M. Campbell: À l'Île-du-Prince-Édouard, pour devenir clinicien en santé mentale, il faut détenir une maîtrise en travail social et avoir suivi une formation en thérapie clinique. L'un de ces cliniciens est une ex-infirmière psychiatrique; elle s'occupe principalement de l'accueil, mais elle s'occupe également d'un certain nombre de cas.

Le président: Par « un certain nombre de cas », vous voulez dire qu'elle fait de la consultation?

M. Campbell: Elle fait en effet de la consultation, souvent avec les personnes qui ont des problèmes de médicaments ou de santé mentale. Une autre clinicienne est spécialiste des enfants et de la famille, et elle se consacre essentiellement à ce travail. Mais dans un petit système comme le nôtre, elle doit bien évidemment faire autre chose également, et elle s'occupe de quelques services communautaires.

Le président: Donc, outre vous-même, votre équipe comprend six conseillers : trois en santé mentale et trois dans la lutte contre les dépendances, c'est exact?

M. Campbell: C'est exact.

Le président: Cela pourra vous surprendre, mais en termes de pourcentage de la population, je crois que vous êtes l'une des équipes les mieux pourvues au pays. C'est juste une observation intéressante sur la rareté des ressources ailleurs. Elle ne résout rien, mais elle devrait faire prendre conscience des problèmes de certains. Il est intéressant de voir que vous soignez environ 150 personnes sur un bassin de population que vous avez dit se situer entre 12 000 et 15 000 personnes.

Nous avons parcouru des régions qui n'avaient que six conseillers pour un bassin de population deux fois ou trois fois plus important que le vôtre. Merci de votre réponse.

Le sénateur Callbeck: Docteur Reid, merci d'avoir partagé ce pan de votre vie avec nous. J'ai moi aussi connu votre oncle. Nous étions à Mount Allison à la même époque, et il était, à n'en pas croire, une personne exceptionnelle. Je vous comprends quand vous dites que ce sont de tels événements qui nous aident à comprendre.

Vous avez mentionné que la santé mentale était aussi importante que la santé physique et je suis d'accord avec cela également. Vous avez conclu en disant : « Les barrières doivent tomber ». Vous aimeriez peut-être nous dire comment selon vous nous pourrions commencer à faire tomber ces barrières?

Dr Reid: Je pense que le changement radical dont j'ai parlé doit commencer dès l'enfance, avec l'enseignement du sens de la justice. On apprend aux enfants à soigner leur santé physique. On leur donne aussi certaines leçons essentielles au maintien de leur santé mentale : gestion des relations, résolution des conflits, connaissances de base en finances personnelles, et j'en passe; tout ce qu'aucun d'entre nous ne comprend vraiment bien en quittant l'école secondaire, ces choses fondamentales qui causent ce stress énorme à l'origine de la maladie mentale. Nous devons également faire comprendre aux jeunes que nous sommes tous susceptibles de souffrir d'une maladie mentale. Il n'y a aucune honte à la détection précoce, ni aux soins. La maladie mentale se soigne. Les résultats pourraient être bien meilleurs. Il convient de développer

health and an understanding of what preventative measures can be taken; what risk factors exist, like family history, history of addictions, things that clearly put a particular person at risk; and removing the stigma and shame about seeking help.

The second thing is then to deal with those of us who are now longer in the tooth, whose attitudes are much more firmly established and will be harder to change. Those of us in our generation who have not had life experiences that have changed attitudes are very much out there. They are very much out there in my profession, and I am sure they are very much out there in many areas of endeavour, particularly those where success, achievement, hard work, long hours and so on are the badge of respect, the badge of courage. That is a much more difficult group to approach. We are probably looking at some form of public education strategies to deal with those people. As for the actual training for physicians, I can speak better to that than I can to nursing and other primary care resources. We need to develop a real appreciation for the importance of mental health, to the point where if physicians are considering specializing in psychiatry, they are not looked upon as taking a less than admirable specialty, as the weak ones who could not cut it in hard medicine, and where there is honour in becoming a psychiatrist.

The Chairman: Apropos of your comment, I must tell you we had a doctor tell us once that psychiatrists are not real doctors.

Dr. Reid: Absolutely. I see it in the hallways and in the coffee room of my hospital. There must be at least 10 that I now know of amongst our own hospital staff who suffer from mental illness. About some of them it is not well known, but I hear some of the comments, and they are biting, they are sinister, they are character assassination; they have no idea. Those are some of the thoughts.

Senator Callbeck: Thank you very much. Tina, I read the "Mental Health Service Delivery for P.E.I.," which you have put together, and I know that you have been working on various aspects of that. The Chair asked you about the federal-provincial committees. Now, in this it mentions the maritime network of mental health consultants, is it? Is that active?

Ms. Pranger: That is a good question. One of my colleagues who is not here right now, Cecil Villard, who is the director of institutional mental health and addictions, was instrumental in striking a committee of Maritime experts in mental health because he was concerned that we did not have enough of a voice on the federal front, and it was also an opportunity for us to collaborate and look at each other's programs. He struck that a number of years ago and it has been meeting on a semi-annual basis. It has not been active in the last year, and that is just because we are having a hard time finding a meeting time. Otherwise, its function is much like the ANMH, the FPT committee, that is, sharing

très tôt une attitude saine vis-à-vis de la santé mentale et faire connaître les mesures préventives à prendre. Il existe certes des facteurs de risque, comme les antécédents familiaux, les antécédents de dépendances, des éléments qui mettent visiblement une personne en danger. Il faut éliminer les stigmates et la honte qui entachent la recherche de secours.

Ensuite, il faut traiter ceux d'entre nous qui ont la dent dure. Ceux dont les attitudes sont profondément enracinées et qu'il est difficile de changer. Ceux de notre génération qui n'ont connu aucun bouleversement dramatique dans leur vie sont plus nombreux qu'on le croit. Ils sont très nombreux dans ma profession, et je suis sûr qu'ils sont très nombreux dans de nombreux domaines d'activités, notamment ceux dans lesquels la réussite, le travail, les longues heures, et cetera, sont l'insigne du respect, l'insigne du courage. Il s'agit d'un groupe beaucoup plus difficile à approcher. Nous devrions peut-être envisager des stratégies d'éducation publique pour ces personnes. Pour ce qui est de la formation même des médecins, je suis mieux placé pour parler d'elle que de celle des infirmiers(ères) ou des responsables des soins primaires. Nous devons réellement apprécier l'importance de la santé mentale, aller jusqu'à lutter contre cette condescendance vis-à-vis des médecins qui choisissent la psychiatrie comme spécialité, d'en faire au contraire une spécialité aussi digne que les autres et de ne plus considérer les psychiatres comme les faibles du système.

Le président : À propos de votre commentaire, je dois vous dire qu'un médecin m'a dit une fois que les psychiatres n'étaient pas de vrais médecins.

Dr Reid : Absolument. Je le constate dans les couloirs et les salles de repos de mon hôpital. Je connais au moins 10 personnes de mon hôpital qui souffrent de maladie mentale. Pour certains, ce n'est pas sûr, mais j'entends des commentaires, et ils sont mordants, sinistres, assassins; ils n'en ont aucune idée. Voilà au vol quelques pensées.

Le sénateur Callbeck : Merci beaucoup. Tina, j'ai lu le document « La fourniture des services de santé mentale à l'Île-du-Prince-Édouard » que vous avez compilé et je sais que vous travaillez sur plusieurs aspects de ce document. Le président vous a posé quelques questions sur les comités provinciaux-fédéraux. Le document parle d'un réseau de conseillers en santé mentale des Maritimes, n'est-ce pas? Est-il actif?

Mme Pranger : C'est une bonne question. C'est l'un de mes collègues, Cecil Villard, absent des débats d'aujourd'hui et directeur des services hospitaliers de santé mentale et de lutte contre les dépendances, qui a eu l'idée de réunir un comité d'experts en santé mentale des Maritimes. Cecil s'inquiétait de notre absence sur la scène fédérale et souhaitait que l'on crée un pôle de concertation et d'échange sur nos programmes respectifs. Le comité se réunissait deux fois par an il y a quelques années encore. Il ne s'est pas réuni depuis l'an dernier, pour la simple raison que nous n'arrivons pas à nous entendre sur la date et l'heure d'une réunion. Cela mis à part, sa fonction est la même

information, educating each other, engaging in joint work, but it has no formal advisory function.

Senator Callbeck: However, you feel it is productive, that the sharing of the information is important?

Ms. Pranger: It is. We are looking at what our purpose is as a committee and wondering whether we can have a larger role in influencing public policy and do more collaborative work.

Senator Callbeck: In your presentation, which you obviously put a lot of time into preparing, you referenced many of the questions in the *Options* paper. I wanted to ask you about the tele-mental health. Jim referred to this too. You talk about the need for more funding. Is that something that you see being used extensively here in P.E.I.? For example, Jim referred to the rural areas — and I can certainly identify with that, being from Baddeck — the difficulty in getting services there, so do you see this as something that in the future, if the funding was there, could be used extensively and would be a great help in providing the services?

Ms. Pranger: Absolutely. If we cannot get the mountain to come to Mohammed, we have to find a way to get Mohammed, at least electronically, to service the Island. Certainly it would be particularly useful for people in the more rural areas, in Eastern Kings and in West Prince, if they had need of a consultation with a psychiatrist. It is also a good way of doing case conferences on particular clients, where people from across the province can share their thoughts. It would be a useful technology.

Currently, we have one site within the mental health system. Sites are being set up at the Queen Elizabeth Hospital and at Prince County Hospital, but not in the smaller communities, and that would be a key investment.

Senator Callbeck: Where is the one site?

Dr. Pranger: At Richmond Centre, a community mental health centre here in Charlottetown.

Dr. Reid: If I could ask a question, do you honestly think that limited numbers of overworked psychiatrists could effectively do patient consultations through telemedicine? I can see the many other uses you described, but having a psychiatrist do a consultation through telemedicine, given the practicalities and the need for intimate, face-to-face involvement, is hard to imagine.

The Chairman: I hear you, Ian. I just make an observation. We have had at least two psychiatrists I can think of make the interesting observation to us that in fact telemedicine probably works better for psychiatry than almost any other branch of medicine because there is no need to touch the patient. It is just a hands-on discussion. Apparently, so they have told us, it seems to work well.

que celle du RCSM, le comité FPT : partage d'information, éducation réciproque et travaux en commun, sauf qu'il n'a pas de fonction consultative formelle.

Le sénateur provisoire : Mais il vous semble productif, il vous semble que le partage d'information est important?

Mme Pranger : Il l'est. Nous essayons de trouver un objectif au comité et nous essayons de voir si nous pourrions influencer d'une quelconque manière la politique publique et réaliser davantage de travaux en commun.

Le sénateur provisoire : Dans votre exposé, sur lequel vous semblez avoir passé beaucoup de temps, vous faites référence à plusieurs questions du document intitulé *Options*. Je voudrais vous poser une question sur la télésanté mentale. Jim y a également fait référence. Vous parlez du besoin de financement additionnel. Est-ce quelque chose de courant ici, à l'Île-du-Prince-Édouard, le besoin de financement additionnel? Par exemple, Jim a mentionné la difficulté pour les régions rurales — et je peux certainement m'imaginer la situation, puisque je suis de Baddeck — de répondre à la demande en services. Pensez-vous qu'à l'avenir, si les fonds étaient disponibles, vous en feriez un usage plus grand, qu'ils pourraient vous aider à fournir les services demandés?

Mme Pranger : Absolument. Si nous ne pouvons trouver le moyen pour Mohammed de déplacer la montagne, nous devons lui trouver le moyen, au moins électronique, de desservir l'Île. Ce sera certainement plus utile encore pour les régions les plus rurales d'Eastern Kings et de West Prince, lorsque leurs habitants auront besoin de consulter un psychiatre. C'est également un bon moyen de tenir des conférences de cas sur des clients particuliers, ou encore d'échanger des points de vue. Ce serait une technologie utile à posséder.

Actuellement, nous avons un seul site pour le système de santé mentale. Les sites ont été créés à l'hôpital Queen Elizabeth et à l'hôpital comté de Prince, mais pas dans les communautés plus petites, et ce serait un investissement important.

Le sénateur provisoire : Où se trouve ce site?

Dre Pranger : Au centre Richmond, un centre communautaire de santé mentale, ici à Charlottetown.

Dr Reid : Si je peux me permettre une question, pensez-vous honnêtement qu'un nombre limité de psychiatres surchargés de travail pourrait effectivement consulter par télémedicine? J'imagine les différents autres usages que vous décrivez, mais il m'est difficile d'imaginer un psychiatre donnant une consultation par télémedicine, étant donné la virtualité de la relation psychiatrique et de l'interaction.

Le président : Je vous comprends, Ian. Je faisais simplement une remarque. Nous avons rencontré au moins deux psychiatres qui nous ont suggéré que la télémedicine pourrait en effet probablement mieux fonctionner en psychiatrie que dans n'importe quelle autre branche médicale, parce qu'elle n'exige aucun contact physique du patient. Il s'agit juste d'une discussion assistée. Apparemment, ils nous ont dit que cela fonctionnait bien.

Senator Cochrane: Ian, being a former educator, I know where you are coming from, because I personally feel a one-on-one consultation is more effective.

The Chairman: There is no question. It is better to be face to face, and no one argues against that. What was interesting is they have found it is not as bad — and maybe that is not good way to put it — as I might have thought.

Senator Cochrane: Yes, but I wonder if has there been an assessment of programs like that. That is what I would like to know.

The Chairman: I think someone said there has been an assessment, and it is not 100 per cent.

Dr. Reid: There is the necessity of developing an element of trust and confidence, and it is hard to imagine doing that in front of a television camera, but maybe it works.

Ms. Pranger: One of my colleagues, the coordinator of our children's mental health network, has just reminded me that we have used this very effectively with Dr. Stokes from IWK in Halifax on a regular basis. It is possible, and something is better than nothing. You talked about overworked psychiatrists, and I would put a question mark there. They would much rather spend 15 minutes on telemedicine than drive for two hours to O'Leary to see someone. In fact, it would be a more efficient use of their time.

Senator Cook: Yesterday in Newfoundland we listened to Dr. Kellie LeDrew, a psychiatrist in charge of the early psychosis intervention program. She said the client sees a case manager, a clinician and a psychiatrist at the point of entry. Maybe it would be possible, as you move through the process and the treatment, for one or other member of the team to stay in touch through telemedicine. I offer that comment for your consideration.

Ms. Pranger: We have certainly talked a lot about that. That is a case management approach, where one person is identified as a case manager. Under the home care basket of services of the Health Accord funding, acute community mental health care was identified. A federal-provincial group identified, and certainly we in P.E.I. identified, the need for case managers, particularly for people with longer-term mental illness such as psychosis, but we have yet to see that money.

Senator Cook: It is about building trust. If you have the team, whether or not they are there all at once after the initial meeting, I think that could be beneficial.

Senator Callbeck: Jim, you talked about the rural areas, the western part of the Island and how difficult it is to get the services there. That is why I was so interested in telehealth. You mentioned children's mental health, and as we know, a lot of children have mental health problems that are never diagnosed. I believe that 70 per cent of adults who had mental health problems when they were children were never caught by the system. What are we doing in our school system here? Are there not programs

Le sénateur Cochrane : Ian, je suis un ancien éducateur et je vois le chemin parcouru. Je crois personnellement qu'une consultation en face-à-face est plus efficace.

Le président : Sans aucun doute. Rien ne vaut le face-à-face, et personne ne remet cela en question. Ce qui est intéressant, c'est qu'ils ont trouvé l'idée pas aussi mauvaise - et ce n'est peut-être pas la meilleure façon de le dire - que je ne le pensais.

Le sénateur Cochrane : Oui, mais je me demande s'il y a eu une évaluation des programmes de ce type. C'est ce que j'aimerais savoir.

Le président : Je crois que quelqu'un a dit qu'une évaluation avait été faite, mais ce n'est pas sûr.

Dr Reid : Il est important de développer une relation de confiance en effet, et j'imagine difficilement qu'on puisse le faire devant une caméra de télévision, mais cela est possible.

Mme Pranger : L'un de mes collègues, le coordonnateur de notre réseau de santé mentale pour enfants vient de me rappeler que nous avons utilisé cette technologie avec beaucoup d'efficacité pour nous entretenir régulièrement avec le Dr Stokes, de l'hôpital IWK de Halifax. Cette technologie est possible, et elle est mieux que rien. Vous avez parlé de psychiatres surchargés de travail et je m'interroge là-dessus. Ils préféreraient sans doute faire 15 minutes de télémedecine plutôt que de conduire pendant deux heures jusqu'à O'Leary pour y consulter quelqu'un. En fait, cela leur permettrait de mieux utiliser leur temps.

Le sénateur Cook : Hier, à Terre-Neuve, nous avons entendu la Dre Kellie LeDrew, la psychiatre responsable du programme d'intervention précoce en psychose. Elle a dit que le client voyait un gestionnaire de cas, un clinicien et un psychiatre au point d'entrée. Il serait peut-être possible, au fur et à mesure du processus et du traitement, que l'un des membres de l'équipe reste en contact par le biais de la télémedecine. Je vous sou mets cela comme une simple observation.

Mme Pranger : Nous avons beaucoup débattu là-dessus. Il s'agit de l'approche de gestion de cas, dans laquelle on désigne une personne comme gestionnaire de cas. L'Accord des premiers ministres sur les soins de santé prévoit le financement des soins actifs dispensés par les services communautaires de santé mentale. Les gestionnaires de cas, comme l'a signalé un groupe de travail fédéral-provincial - et nous avons appuyé cette démarche, ici, à l'Île - sont notamment importants dans le cas de maladies mentales de longue durée comme la psychose, mais nous attendons toujours les fonds.

Le sénateur Cook : Il s'agit de construire un climat de confiance. Si vous avez déjà l'équipe, peu importe qu'ils soient tous là après la réunion, je crois que cela profitable.

Le sénateur provisoire : Jim, vous avez parlé des régions rurales, de la partie occidentale de l'Île, et de la difficulté à y obtenir des services. C'est pour cela que je m'intéresse tant à la télésanté. Vous avez mentionné la santé mentale des enfants, et nous savons tous que beaucoup d'enfants ont des problèmes de santé mentale qui ne sont jamais diagnostiqués. Je crois que 70 p. 100 des adultes ayant souffert de troubles mentaux dans leur jeune âge sont passés à travers les mailles du système.

by the Canadian Mental Health Association in grades 3 and 9? Since you mentioned children's mental health, I would like you to comment on what we are doing, and, if the funding was available, what would you like to see done.

Mr. Campbell: Well, I do not necessarily believe that throwing money at the problem is a solution, but there have to be sufficient bodies to meet the need. Senator Kirby's comment caused me to think, in my rather twisted mind, that if I am drowning, it brings me very little comfort that someone else may be drowning in deeper water.

The Chairman: No, that is right.

Mr. Campbell: On the issue of children's mental health, I would like to have more staff to meet that need. In terms of what goes on in the schools, as a former educator and principal of an elementary school, I am familiar with a least one program on mental health issues called I Am Thumbbody, which is done by trained community volunteers and is very effective at the grade 3 level. There are also some programs around life issues and mental health issues. They used to be called guidance programs, and the students actually participated; I think those are valuable. They are a little outside of what I am doing right now.

I think we are doing a good job in children's mental health. I do sense that the job may be bigger than what we are able to deal with at the moment, and that teamwork with schools, educators and so on could be nothing but beneficial.

Ms. Pranger: The Canadian Mental Health Association does provide two programs, one for all grade 3 students, already mentioned, I Am Thumbbody, which is a self-esteem program. They also provide for Grade 9 students the Signals of Suicide program, which helps students identify when other people might be experiencing thoughts of suicide. Our own mental health system, through the children's mental health network, offers a variety of programs. There are a number of school-based interdisciplinary health teams that work with children with mental health issues. We have children's mental health therapists across the province. There are some, though not nearly enough, preventative programs. There is a program called Parents Anonymous that helps parents learn parenting skills so that they can deal with children effectively.

As Ian mentioned, there is a need to identify risk early, intervene early and enhance protective factors.

Senator Cordy: Dr. Reid, I would like to go to your issue of stigma because we certainly heard this all over the country. In Newfoundland a couple of days ago, a young girl sitting at the microphone burst into tears and said wished that she had breast cancer, because then at least she would have the support of her family and friends. When it is a mental illness, unfortunately, you lose a lot of family and friend support. A mother in Toronto spoke about her son who was an honour student, a star athlete in high school, who had a mental illness, and it was like he

Que sommes-nous en train de faire dans notre système scolaire là-dessus? N'a-t-on pas mis en place les programmes de l'Association canadienne pour la santé mentale pour les classes de 3^e et de 9^e années? Puisque vous avez parlé de la santé mentale des enfants, j'aimerais faire un commentaire sur ce que nous faisons actuellement et, si les fonds étaient disponibles, vous demander ce que vous aimeriez que l'on en fasse.

M. Campbell : Eh bien, je ne crois pas nécessairement que l'argent soit la solution au problème, mais il faut ce qu'il faut pour le régler. La remarque du sénateur Kirby m'a fait penser, avec mon esprit tordu, que si j'étais en train de me noyer, cela me reconforterait peu de savoir que quelqu'un d'autre est en train de se noyer dans des eaux plus profondes.

Le président : En effet.

M. Campbell : Pour ce qui est de la santé mentale des enfants, j'aimerais avoir plus de personnel que pas assez. En ce qui concerne les écoles, à titre d'ancien éducateur et de directeur d'une école élémentaire, je connais au moins un programme sur les problèmes de santé mentale appelé « Tendre la main », qui est administré par des bénévoles communautaires formés et qui donne de très bons résultats au niveau de la 3^e année. Il y a avait aussi des programmes sur la vie et sur la santé mentale. On les appelait programmes d'orientation, et les étudiants y participaient activement; je pense qu'ils avaient leur utilité. Ce n'est pas exactement ce que je fais maintenant.

Je crois que nous faisons un bon travail en santé mentale pour enfants. J'ai vraiment l'impression que l'étendue du travail à faire nous dépasse actuellement et que la collaboration avec les écoles, les éducateurs, et cetera., ne pourra être que profitable.

Mme Pranger : L'Association canadienne pour la santé mentale a effectivement mis sur pied deux programmes, l'un pour les classes de 3^e année, déjà évoqué — « Tendre la main » —, qui est un programme sur l'estime de soi, l'autre pour les classes de 9^e année, intitulé « SOS suicide », destiné à les sensibiliser aux signaux avertisseurs du suicide chez leurs pairs. Notre système de santé mentale offre par le biais du Réseau de santé mentale des enfants plusieurs programmes également. Sans oublier les équipes de santé interdisciplinaires scolaires qui sensibilisent les enfants scolarisés sur les questions de santé mentale. Nous avons par ailleurs des thérapeutes en santé mentale pour enfants dans toute la province, et des programmes de prévention, malheureusement jamais trop préventifs. L'un d'eux — « Parents Anonymes » — enseigne aux parents les compétences parentales qui devraient les aider à mieux assumer leur rôle.

Comme Ian l'a mentionné, il faudrait identifier les risques tôt, intervenir tôt et améliorer les facteurs de protection.

Le sénateur Cordy : D^r Reid, j'aimerais revenir sur la question des stigmates, parce que nous en avons déjà entendu parler dans tout le pays. À Terre-Neuve, il y a quelques jours, une jeune fille assise devant le microphone a éclaté en larmes et a dit souhaiter avoir un cancer du sein, parce qu'elle aurait alors le soutien de sa famille et de ses amis. Lorsqu'il s'agit de maladie mentale, malheureusement, vous n'avez pas le soutien de votre famille et de vos amis. Une mère de Toronto nous a parlé de son fils, étudiant émérite et étoile sportive de son école secondaire, qui a sombré

disappeared from the face of the earth. She said if her son had had a physical illness, his classmates, his friends, his teammates would all have been at the home or the hospital, would have sent cards, the school would have been phoning. There was not one card, not one phone call from the school. What you are saying is something that we have heard over and over again. How do we solve this dilemma? You made mention of school programs. We also heard that perhaps it is even necessary to get into journalism schools and talk to the media. We heard, and you made reference to it, that there is stigmatization or prejudice within the mental health field, and people who are suffering from a mental illness are not necessarily treated with the greatest respect and dignity when they have to go to the hospital. From our perspective, it is a question of where do you start? It is a huge issue, and if we do not deal with it, people who need help will not receive it.

Dr. Reid: Historically, many people have been stigmatized over the years, and there is some hope. If we look at our attitudes now towards sexual orientation, for example — it is the one that comes to mind — there has been a paradigm shift, and I think we have all felt that. I am not quite sure how it happened. It would be interesting to study. However, the same fundamental paradigm shift is necessary in this area, and it will not be one strategy, but multiple hits, multiple dimensions and multiple stages in individuals' development and education awareness. There has to be reinforcement through all of the media because that is how we get most of our information. It is an ongoing process of education, attitude adjustment, and it will not happen overnight. I do believe that the double jeopardy in this illness is pervasive, the loss and the outcomes are much poorer, and the number of people who are never diagnosed and treated out there is just because they are afraid of the diagnosis. They do not understand it, they never seek help, and the only time we hear about them is when they get to the point of suicide or some desperate event. That is far too late.

It is a mammoth task. A multi-dimensional approach to this is much more complicated and takes a more deliberate, organized effort than to buy a CAT scan or erect a building or put a lump sum into one program and say, "There, we have done it. We have fixed it." It is much more difficult, but it is fundamental, as you say.

Senator Cordy: Svend Robinson appeared before our committee in Vancouver. He had two comings out, one that he was a homosexual man and one that he had a mental illness, and he said that the second one was far more difficult.

corps et âme à cause d'une maladie mentale. Elle nous a avoué que s'il avait souffert d'une maladie physique, ses camarades de classe, ses amis, ses coéquipiers seraient allés le voir à la maison ou à l'hôpital, lui auraient envoyé des cartes de prompt rétablissement et que l'école l'aurait appelé à la maison. Il n'y a eu ni carte, ni appel téléphonique de l'école. Ce que vous nous dites, nous l'avons entendu à maintes reprises. Comment résoudre ce dilemme? Vous avez mentionné les programmes scolaires. Nous avons également entendu qu'il faudrait peut-être alerter les écoles de journalisme et les médias. Nous avons entendu, et vous nous l'avez confirmé, qu'il y avait comme une stigmatisation de la maladie mentale, des préjugés, et que les gens qui souffraient de maladie mentale n'étaient pas nécessairement traités avec respect et dignité quand ils devaient être hospitalisés. Pour nous, il s'agit de savoir où commencer? Il s'agit d'une question très importante, et tant qu'elle restera en suspens, les gens qui souffrent ne recevront pas les soins qu'ils méritent.

DrReid : Historiquement, de nombreuses personnes ont été stigmatisées au cours des années, mais il y a de l'espoir. Si nous analysons nos attitudes actuelles envers les orientations sexuelles, par exemple — je prends ce qui me vient à l'esprit — nous nous apercevons qu'il y a eu un changement de paradigme. Je crois que nous avons tous senti cela. Je ne sais pas comment cela s'est produit. Il serait intéressant d'étudier cette mutation. Mais c'est un changement de paradigme identique qu'il faudra à la santé mentale. Il ne se fera pas sur une seule stratégie, mais sur des combats répétés. Il lui faudra de nombreuses dimensions et étapes dans l'éducation, le développement et la prise de conscience des individus. Il faudra renforcer le changement par les médias, parce que ce sont les médias qui nous donnent notre information, pour la plupart. Il s'agit d'un processus permanent d'éducation, de changement d'attitude qui ne se fera pas du jour au lendemain. Je crois fermement que la maladie mentale finira par gagner nos esprits, que sa mauvaise image et ses conséquences finiront par disparaître, et que de nombreuses personnes en souffrent en silence, parce qu'elles ont refusé de se faire examiner et qu'elles ont eu peur du diagnostic. Les gens ne comprennent pas la maladie mentale, ne veulent pas être aidés et la seule fois où nous entendons parler d'eux, c'est lorsqu'ils en arrivent au suicide ou à un geste aussi désespéré. C'est souvent beaucoup trop tard.

Il s'agit d'un travail colossal. L'approche multidimensionnelle à la maladie mentale est beaucoup plus compliquée. Elle demande une volonté et un effort beaucoup plus importants et beaucoup mieux coordonnés qu'un tomodynamogramme, l'érection d'un immeuble ou le financement forfaitaire d'un programme, qu'accompagnerait cette phrase classique : « Voilà, c'est fait. Nous avons réglé le problème ». Il s'agit d'une tâche beaucoup plus difficile et beaucoup plus fondamentale, comme vous l'avez dit.

Le sénateur Cordy : Svend Robinson a témoigné devant notre comité à Vancouver. Il nous a avoué deux choses : la première, c'est qu'il était homosexuel; la seconde, qu'il avait une maladie mentale. Il nous a dit que la seconde était de loin la plus difficile à avouer.

When we discussed what facet of health care we would look at next, Senator Kirby went around the table and most of us have a family member, myself included, who is suffering from a mental illness. We have gone through many of the things that you have been talking about.

Is there much work being done with police agencies, the RCMP? Unfortunately, they are often the first responders in a crisis situation. If there is violence, or if the individual with a mental health problem is out of control, the family member or a member of the public will often call the police.

Ms. Pranger: I do not believe that there has been a lot done. I know that on occasion, there is some suicide intervention training with the police cadets, and I think ambulance personnel are another group. However, it is not nearly enough, and that is a group that needs more education, because as you say, they sometimes do that front-line intervention, particularly when someone is out of control.

Dr. Reid: All I would add is that I cannot imagine that the training and sensitivity outside the acute health care system is any better than within it. I have seen patients out of control in the control rooms for acute psychiatric care, and there is no sense of that poor person in there and how they are suffering. It is "Isn't that a crazy bird in there?" It is not seen as someone suffering. It is seen as that. Therefore, I would be very surprised if many people on the front lines of crisis management in the police force would have a lot more sensitivity than those of us in the hospital setting.

Ms. Pranger: Although there are a number of police officers who are very good with people who are suffering a psychotic episode or need to be taken to the emergency room. Some officers who are particularly good at that have gone through some kind of sensitivity training and have generalized that to working with people. They are not all bad guys.

Senator Cordy: No, no, and I did not mean to imply that they were bad guys. However, we did hear from police officers who said they would like to have some sensitivity training, and the reaction that you might display with a person who is mentally ill has to be much calmer than you might use in another situation. You are absolutely right, there are some wonderful people working in that field.

I would like to call on Mr. Campbell. Could you explain to me what an interagency youth team is and what it does?

Mr. Campbell: It is a team of people, some professionals and some not, who are working with youth in various endeavours, youth groups, alternate education organizations and so on. This team gets together and talks about how they can support each other, the issues and so on.

Senator Cordy: It is different agencies that get together, not necessarily just from the health field?

Mr. Campbell: That is correct.

Lorsque nous avons discuté du volet des soins de santé que nous allions examiner plus tard, le sénateur Kirby a fait le tour de la table. La plupart d'entre nous, y compris moi, avons un membre de notre famille qui souffre d'une maladie mentale. Nous avons passé en revue beaucoup de ce que vous nous dites.

Que fait l'administration policière face à tout cela, la GRC? Malheureusement, ils sont souvent les premiers à intervenir en situation de crise. Lorsqu'il y a violence, ou lorsque l'individu qui a un problème de santé mentale est désespéré, les membres de sa famille et autres voisins appellent souvent la police.

Mme Pranger : Je ne crois pas qu'il y ait eu beaucoup de ces cas. Je sais qu'il y a une fois l'an une sorte de formation en intervention suicidaire pour les cadets de la police, et je crois savoir que le personnel ambulancier n'est pas contacté. Ce n'est pas très professionnel, car les ambulanciers ont besoin d'être formés plus que tout autre groupe, parce que, comme vous l'avez dit, ils se retrouvent parfois en première ligne, notamment dans le cas de personnes désespérées.

Dr Reid : J'aimerais juste ajouter que je ne peux pas m'imaginer que la formation et la sensibilisation soit meilleure en dehors du système de soins actifs qu'en dedans. J'ai consulté des patients désespérés dans les postes de contrôle des services de soins psychiatriques aigus, et il est difficile d'imaginer la douleur que vivent ces personnes et ce qu'elles ressentent. Cela frise la folie parfois. On n'imagine pas leur souffrance. On ne voit que la folie. Je serais donc très surpris de savoir que beaucoup des policiers appelés à gérer les crises ont effectivement plus de sensibilité que ceux d'entre nous qui travaillent en milieu hospitalier.

Mme Pranger : Il y a toutefois de nombreux policiers qui savent très bien interagir avec les personnes qui souffrent d'épisodes psychotiques ou qui ont besoin d'être transportées aux urgences. Ces policiers ont souvent suivi une sorte de formation psychosociale, qu'ils ont adapté à leur travail quotidien. Les policiers ne sont pas tous mauvais.

Le sénateur Cordy : Non, bien sûr que non, et je ne voulais pas inférer qu'ils étaient mauvais. Mais nous avons entendu des policiers dire qu'ils aimeraient avoir une formation psychosociale, et notre réaction face à une personne malade mentalement exige généralement plus de calme que les autres situations. Vous avez tout à fait raison de dire qu'il y a des gens extraordinaires dans la police.

J'aimerais maintenant entendre M. Campbell. Pourriez-vous m'expliquer ce qu'est une équipe jeunesse inter-organismes et ce qu'elle fait?

M. Campbell : C'est une équipe de personnes, les uns professionnels, les autres non, qui travaillent auprès des jeunes dans différents domaines, groupes de jeunes, organisations d'éducation alternative, et cetera. Cette équipe se réunit et discute des moyens d'entraide, des problèmes communs.

Le sénateur Cordy : Ce sont différents organismes de différents domaines qui se réunissent, pas juste ceux du domaine de la santé?

M. Campbell : C'est exact.

Senator Cordy: Are these also agencies outside the health field?

Mr. Campbell: Yes.

Senator Cordy: What about Parents Anonymous?

Mr. Campbell: Parents Anonymous is a copyrighted organization out of the United States that has moved into Canada, and as Dr. Pranger said, it provides support for parents in parenting children who have difficulty, who they have difficulty in parenting. It is a collaborative kind of mutual support and training for parents in how to deal with children who are having difficulties.

Senator Cordy: What support and services are there for families? I was an elementary school teacher for 30 years, and certainly when you had young children suffering from problems, the whole family was often in crisis. I am just wondering if there are services for families in crisis that are dealing with a child who is suffering from a mental illness.

Mr. Campbell: Yes, usually the counsellor who is working with the child works through the family and with the family, and in family meetings, et cetera.

Senator Cordy: Would that also hold true for children of a parent who is mentally ill? Are counselling sessions provided?

Mr. Campbell: I would say that there is a gap there.

Ms. Pranger: I would like to address that. The Canadian Mental Health Association, which as you can gather is our major partner, offers a program called The Journey of Hope, an education and support program for family members of people with mental illness. That would apply to children whose parents are mentally ill.

Senator Cordy: We have heard across the country about the difficulty that people have in accessing the system, in knowing which door to open first. There is a myriad of services provided in provinces, but it is not necessarily seamless and people do not necessarily know which door to open first or which phone call to make first to access the services. Is that a problem in a smaller province, or is it less likely?

Ms. Pranger: I think it is still a problem in a smaller province because we have the range of services for the most part — although not the specialty services perhaps — that any jurisdiction would have, and people are not necessarily better informed about what services are available. That is both the public and human services providers. The average family doctor, for instance, may not know — in fact, probably does not know — in a lot of cases, where to go for services. Public education around what services are available, as well as education of service providers as to what is available and which doors to open is as important here as it is elsewhere.

Senator Cordy: There are some wonderful things going on when you look at the services, but if somebody were to phone my office and say, “Can you tell me where to go?”, I am not sure that I would be able to say in terms of Nova Scotia. If it was a child, I

Le sénateur Cordy : Y a-t-il d'autres organismes que ceux de la santé?

M. Campbell : Oui.

Le sénateur Cordy : Et Parents Anonymes?

M. Campbell : Parents Anonymes est un organisme protégé par la loi sur les droits d'auteur des États-Unis établi au Canada, et comme la D^{re} Pranger l'a dit, cet organisme aide les parents à acquérir les compétences parentales nécessaires à l'éducation de leurs enfants en difficulté. Il s'agit d'un groupe de discussion où les parents s'éduquent mutuellement sur la manière de gérer les enfants en difficulté.

Le sénateur Cordy : Y a-t-il du soutien et des services pour les familles? J'ai été maître d'école élémentaire pendant 30 ans, et je sais que lorsque de jeunes enfants ont des problèmes, c'est toute la famille qui est souvent en crise. Je veux juste savoir s'il existe des services pour les familles dont les enfants souffrent de maladie mentale.

M. Campbell : Oui, habituellement le conseiller travaille avec l'enfant par le biais de la famille et avec la famille, dans des réunions de famille, et cetera.

Le sénateur Cordy : Est-ce vrai aussi pour les enfants dont un des parents souffre de maladie mentale? Offrez-vous des séances de consultation?

M. Campbell : Je dois dire qu'il y a là une lacune.

Mme Pranger : J'aimerais répondre à cela. L'Association canadienne pour la santé mentale qui, comme vous le savez, est notre principal partenaire, offre un programme appelé « Le chemin de l'espoir », un programme d'éducation et d'aide aux familles touchées par la maladie mentale. Ce programme s'applique aux enfants dont les parents sont malades mentalement.

Le sénateur Cordy : Partout dans le pays, nous avons entendu combien il était difficile d'accéder au système, de savoir quelle porte ouvrir en premier. Il existe une myriade de services dans les provinces, mais leur accès n'est pas nécessairement homogène et les gens ne savent pas nécessairement quelle porte ouvrir en premier, ni où appeler en premier. Est-ce un problème propre aux petites provinces?

Mme Pranger : Je crois que c'est encore un problème des petites provinces, parce que nous avons pour la plupart autant de services — peut-être pas pour les services spécialisés — que n'importe quelle autre administration et les gens ne sont pas nécessairement mieux informés des services disponibles. Je parle du public comme des fournisseurs de services humains. Le médecin de famille moyen, par exemple, ne sait peut-être pas — en fait, ne doit probablement pas savoir — dans de nombreux cas, à qui s'adresser. L'éducation du public, comme celle des fournisseurs de services, sur les services existants et sur les portes à ouvrir est aussi importante ici qu'ailleurs.

Le sénateur Cordy : De magnifiques choses ont été accomplies dans le domaine des services, mais si quelqu'un devait m'appeler à mon bureau et demander : « Où devrais-je aller pour tel ou tel service? », je ne suis pas sûr de lui répondre, même pour la

would probably say, "Well, phone the IWK." How can we have one-stop shopping so that a person can make one phone call and be directed then to the best place? It is frustrating even if you are not suffering from a mental illness to make a phone call and hear if you want this, press 1, if you want this, press 2 and so on. If you are trying to deal with self-stigmatization, you have finally taken a deep breath and are making the phone call, if this is the response on the other end, you might just hang up.

Ms. Pranger: You make a good point. One-stop shopping, a single entry point or agency that would be a gatekeeper would be an ideal circumstance. That is not how our system is currently structured.

I forgot to mention that the Canadian Mental Health Association also puts out a self-help directory of all services across the province that is widely distributed. Health care providers can look up where to find services, but the need for a single point of entry is a good point.

The Chairman: I should tell you that there are neat things going on in isolated pockets in this country, and the only reason we know about them is because we have been there. In fact, Brandon, Manitoba, has a single point of entry. When you contact the system, whether by phone or in person, the person you talk to is either a psychiatric nurse or a nurse practitioner. The triage is then done. You do not get an operator. This individual then routes you to the appropriate place. It is wonderful what necessity can do. The psychiatric hospital was closed. They had a single psychiatrist left, not just for Brandon but for many miles around, and so everybody got together and said, "We had better figure out how to solve the problem." That kind of cooperation is possible. It is quite amazing what has been done in isolated pockets.

Senator Trenholme Counsell: I appreciate each of the presentations very much. Thank you for coming. Your testimony has been important, and of course, Dr. Reid, you were very moving. I am a fellow physician and I am concerned about the training of our colleagues.

I am going across this country and putting the word in every chance I get for community health centres. However, the question I wanted to ask deals with stigma. I grew up in South Eastern New Brunswick, and Moncton was the place where we went to see the big things in life; it is still about the same. I am a country girl. At 100 Arden there are a hundred doctors' offices and all kind of medical clinics, and then you drive down Wheeler Boulevard towards St. George Boulevard, and there is a mental health clinic. Now, I do not like this. If I were the big cheese, which I will never be anywhere, I would like to see community health centres where we can put everything under one roof. I think the very fact you are going to a mental health centre is stigmatizing. Now, I know if you go to modern out-patient facilities you will see a dermatology clinic, a diabetic clinic — all kinds of clinics. This is different. They are in there altogether. However, what is on some other street is difficult to get into, and I do not know how you get into it

Nouvelle-Écosse. S'il s'agit d'un enfant, je répondrai probablement : « Appelez IWK ». Comment pourrions-nous faire pour avoir un guichet unique, pour qu'une personne soit dirigée à la bonne porte après un simple appel téléphonique? C'est frustrant, même pour celui qui ne souffre pas de maladie mentale, d'appeler et de se faire dire d'appuyer sur 1 pour ceci, sur 2 pour cela, et cetera. Si vous essayez de surmonter votre problème d'auto-stigmatisation, vous reprenez votre souffle et vous essayez de passer votre appel téléphonique, mais si la réponse à l'autre bout de la ligne ne change pas, vous raccrochez vite.

Mme Pranger : Vous soulevez un bon point. Un guichet unique, un point d'entrée unique, un organisme d'accueil unique. C'est la solution idéale. Mais ce n'est pas ainsi que notre système est structuré actuellement.

J'ai oublié de dire que l'Association canadienne pour la santé mentale est également en train de distribuer à grande échelle un répertoire auto-assistance de tous les services fournis dans la province. Les fournisseurs de soins de santé pourront y trouver les services offerts, mais il est vrai que ce serait une bonne chose d'avoir un seul point d'entrée.

Le président : J'aimerais vous dire que de belles choses sont en train de se passer dans les postes isolés de ce pays, et nous savons cela uniquement parce que nous y sommes allés. En fait, Brandon, au Manitoba, a un seul point d'entrée. Lorsque vous contactez le système, par téléphone ou en personne, vous êtes reçu par un(e) infirmier(ère) psychiatrique ou un(e) infirmier(ère) praticien(ne). Puis vient le triage. Vous ne passez pas par une standardiste. Après le triage, vous êtes dirigé vers le service approprié. C'est fou ce que la nécessité peut faire. L'hôpital psychiatrique a été fermé. Il n'y avait plus qu'un seul psychiatre, pas seulement pour Brandon, mais pour toute la région autour. Alors les gens se sont réunis et ont dit : « Nous ferions mieux de trouver une solution au problème ». Ce type de coopération est possible. C'est simplement incroyable ce qui se fait dans certains postes isolés.

Le sénateur Trenholme Counsell : J'apprécie beaucoup chacun des exposés. Merci d'être venus. Votre témoignage est important, et bien sûr, Dr Reid, vous nous avez beaucoup émus. Je suis moi-même médecin et je m'inquiète également de la formation de nos collègues.

Je parcours ce pays et je milite, chaque fois que je le peux, pour les centres de santé communautaires. Mais la question que j'aimerais poser porte sur la stigmatisation. J'ai grandi dans le sud-est du Nouveau-Brunswick, et Moncton était pour nous la ville où il nous fallait aller pour voir les belles choses de la vie; c'est toujours un peu comme cela. Je suis une fille de la campagne. Au 100, rue Arden, il y a une centaine de cabinets médicaux et différentes cliniques médicales. Bien plus loin, après avoir remonté boulevard Wheeler jusqu'au boulevard Saint George, on aperçoit une clinique de santé mentale. Je n'aime pas beaucoup cela. Si j'étais une grosse légume, ce que je ne serais jamais, je ferais en sorte qu'il y ait des centres de santé communautaires qui regroupaient tout sous un même toit. Je crois que le simple fait de vous rendre dans un centre de santé mentale stigmatise. Je sais que si vous allez dans un centre médical moderne, vous y trouverez une clinique de dermatologie, une clinique de diabète —

yet and how you park, but anyway, I have never had to go there. I am very blessed. What do you think about having mental health clinics singled out? That is a pattern. That has been the tradition.

Dr. Reid: The silo development and isolation reflects our societal attitudes towards the illness. We have put it out of sight. There is a great deal of denial, and that physically represents society's attitude. I think you are absolutely right.

Senator Trenholme Counsell: It is okay if I keep preaching?

Dr. Reid: Please.

Senator Trenholme Counsell: I will probably listen now. Well, what do you think, Dr. Pranger?

Ms. Pranger: I absolutely agree with you. That is part of the stigma. Certainly we have a number of instances here in P.E.I. where we have attempted to make it less so. The community mental health centre and addictions programs in East Prince, for example, are now within the Prince County Hospital, so that it is all under one roof. Although the entrance is through the back door so that people do not necessarily need to be identified. We also have a number of family health centres that are now integrating mental health into their services. That is an attempt to move in that direction. I would wholeheartedly support your banging that drum on an ongoing basis. That is a key.

Senator Trenholme Counsell: Oh, thank you. I knew I would have to come to P.E.I. to get strong support.

In terms of our fellow physicians, Dr. Reid, is it getting considerably better, or only slightly better, or, God help us, is it getting worse?

Dr. Reid: I honestly have hope for the future, and I think it is partly reflected in the attitude and approach to life and their professional life of our new generation of physicians. First, I think that they are more aware of the issues of balance, of self-care, and that leads to an acceptance of promoting similar approaches to life and balance in their patients. I believe that is happening. I believe there is a change in attitude, but there is still very much the paradigm of we physicians doing very poorly at looking after ourselves. We do not even necessarily recognize what self-care should be. How can we recognize and promote this in our patients if we do not take it upon ourselves? I do see the younger physicians getting better at it, but the attitudes of a large group of those in my generation, and I will be around for another 15 years, presumably, unless we have had some other education or personal experience, are still probably pretty narrow. It has also been exacerbated, of course, by the realities of primary care, where you have 7.8 minutes to see a physician and there are three or four minutes for discussion and two minutes to write the prescription.

toutes sortes de cliniques. C'est différent. Elles y sont par souci de regroupement. Mais il n'est pas facile de savoir ce qu'il y dans l'autre rue, comment y aller, comment stationner. De toute façon, je n'ai jamais eu à y aller. Je suis bénie. Que pensez-vous de cet isolement des cliniques de santé mentale? C'est la norme actuellement. C'est la tradition.

Dr Reid : Le développement cloisonné et l'isolement reflètent nos attitudes sociétales vis-à-vis de la maladie. Nous l'avons sortie de notre champ de vision. Il existe un grand déni de la réalité, et ce déni représente physiquement l'attitude de la société. Je crois que vous avez tout à fait raison.

Le sénateur Trenholme Counsell : Devrais-je continuer à prêcher?

Dr Reid : S'il vous plaît.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je vais certainement écouter pour l'instant. Eh bien, qu'en pensez-vous que, D^{re} Pranger?

Mme Pranger : Je suis tout à fait d'accord avec vous. C'est un élément du stigmat. Nous avons de nombreux exemples ici à l'Île-du-Prince-Édouard où nous avons essayé de l'atténuer. Le centre de santé mentale communautaire et les programmes de lutte contre les dépendances de East Prince, par exemple, sont maintenant regroupés dans l'hôpital du comté de Prince, tout sous un même toit. L'entrée se fait par la porte arrière par mesure d'anonymat. Nous avons également intégré les services de santé mentale dans plusieurs centres d'hygiène familiale. Nous essayons d'aller dans cette direction. Je soutiens de tout coeur votre lutte permanente. Elle est essentielle.

Le sénateur Trenholme Counsell : Eh bien, merci. Je savais qu'il me faudrait venir à l'Île-du-Prince-Édouard pour y trouver de fervents partisans.

En ce qui concerne nos collègues médecins, D^r Reid, est-ce que l'amélioration est sensible, légèrement sensible, ou, que Dieu nous vienne en aide, pire?

Dr Reid : J'ai honnêtement beaucoup d'espoir dans l'avenir, et je crois que c'est en partie à cause de l'attitude, de l'approche à la vie et du professionnalisme de la nouvelle génération de médecins. D'abord, je crois qu'ils sont plus conscients des problèmes d'équilibre et d'auto-gestion de la santé, et cela les conduit à accepter la promotion d'approches identiques à la vie et à l'équilibre de leurs patients. Je crois que c'est cela qui se passe. Je crois qu'il y a un changement d'attitude, mais c'est toujours le même paradigme pour nous médecins, incapables de bien prendre soin de nous-mêmes. Nous ne voulons même pas savoir à quoi l'auto-gestion devrait ressembler. Comment pouvons-nous la reconnaître et la promouvoir chez nos patients si nous ne l'adoptons pas pour nous-mêmes? Je crois que les jeunes médecins feront mieux là-dessus, mais pour un grand nombre de collègues de mon âge, et je serai encore médecin dans 15 ans, je doute fort que leurs attitudes changent, à moins d'éducation supplémentaire ou d'événements marquants personnels. L'exacerbation vient aussi, bien sûr, de la réalité des soins

All of these forces are still very much at work. It will take a generation to really change it.

Senator Trenholme Counsell: Well, at least it is a positive note.

I wanted to ask one question about youth, and any of you could answer this. I know that George Chuvalo has gone across the country visiting high schools to talk about drugs, their impact and how they have affected his family — his children, his wife and so forth. We have plays and dramas around teenage pregnancy. Students are writing plays and then dramatizing them in their student assemblies. We have a lot on dating violence. However, I am not aware that in our high schools or middle schools we have really put our shoulder to the wheel in terms of having youth and other people go into the schools to talk about mental illness. I know that in a few isolated schools where there has been, usually, more than one suicide, something like that has happened, but generally speaking, we have not yet, as public health providers, educators and so on, done that. Would it be different in P.E.I., or what would you say about here?

Ms. Pranger: There is no overall strategy. As you say, it may occur on a case-by-case basis, where they will have to do some debriefing if there has been a suicide or an incident in a particular school. There has not been a particular strategy, apart from the Signals of Suicide program, which CMHA offers in every grade 9 class.

Senator Trenholme Counsell: Well, Mr. Chairman, I think this is something we should talk about, because I know what an impact it has when someone stands up in an assembly and talk about drugs, teenage pregnancy or whatever. We have heard from young people, and it is high time we got young people, or whomever, talking to young people about this in our high school assemblies.

The Chairman: Yes, and on our next panel we have Pat Doyle, who is the co-chair of the provincial suicide prevention committee.

Senator Trenholme Counsell: Of course, it is not just suicide.

The Chairman: No, I understand that.

Senator Trenholme Counsell: Sometimes we limit it to suicide, and I think maybe that is a problem too in the education system, because once there has been a suicide, then everybody reacts. The vast majority of people who have suffered from mental illness will not commit suicide. That may be the mistake we are making.

Senator Cochrane: I have a supplementary to Senator Trenholme Counsell's questions. I think we need role models. That would be wonderful in the schools, and I do not mean just in the grade 9 class, to have role models speaking to classes. We know what role models the veterans have been. We have brought

primaires, où vous disposez de 7,8 minutes par patient, de trois à quatre minutes de discussion avec lui et de deux minutes pour remplir l'ordonnance. Toutes ces forces continuent d'agir fortement. Il faudra une génération pour que les choses changent vraiment.

Le sénateur Trenholme Counsell : Eh bien, au moins quelque chose de positif.

J'aimerais vous poser une question sur les jeunes, et quiconque le désire pourra y répondre. Je sais que George Chuvalo a traversé le pays et visité toutes les écoles secondaires, parlant des drogues, de leurs effets et de leurs incidences sur sa famille — ses enfants, sa femme, et cetera. Nous avons mis sur pied des pièces de théâtre et des drames sur la grossesse chez les adolescentes. Les étudiants écrivent des pièces et les jouent pendant leurs réunions. Nous avons fait beaucoup sur la violence dans les fréquentations. Mais, je ne pense pas que l'on ait fait encore quelque chose de sérieux pour faire parler les jeunes et les moins jeunes de la maladie mentale dans nos écoles intermédiaires et secondaires. Je sais que cela s'est fait dans les rares écoles où il y a eu plus d'un suicide, mais, d'une manière générale, nous n'avons rien fait de sérieux encore, à titre de fournisseurs de soins de santé publique, d'éducateurs, et cetera. Est-ce différent à l'Île-du-Prince-Édouard? Auriez-vous quelque chose à dire là-dessus?

Mme Pranger : Il n'y a pas de stratégie globale. Comme vous l'avez dit, il se peut qu'il y ait des cas individuels, dans lesquels on donne un peu d'informations s'il y a eu un suicide ou un incident dans une école particulière. Il n'existe pas de stratégie spécifique, hormis le programme SOS suicide que l'ACSM offre aux classes de 9^e année.

Le sénateur Trenholme Counsell : Eh bien, monsieur le président, je crois que nous devrions parler de ce point, parce que je sais l'impact que peut avoir une personne qui se lève dans une réunion et parle de drogues, d'adolescentes enceintes, et cetera. Nous avons entendu les jeunes là-dessus, et il est grand temps que ces jeunes, ou tout autre groupe de personnes, en parle à d'autres jeunes dans les réunions des étudiants des écoles secondaires.

Le président : Oui, dans notre prochain groupe de témoins, nous aurons Pat Doyle, vice-présidente du Comité provincial sur la prévention du suicide.

Le sénateur Trenholme Counsell : Bien sûr, il ne s'agit pas juste de suicide.

Le président : Non, je comprends cela.

Le sénateur Trenholme Counsell : Parfois, nous nous limitons au suicide, et je crois que c'est peut-être un problème également dans le système éducatif, parce que les gens réagissent seulement lorsqu'il y a un suicide. La plupart de ceux qui souffrent de maladie mentale ne se suicident pas. C'est peut-être la faute que nous commettons.

Le sénateur Cochrane : J'aimerais ajouter une question à celles du sénateur Trenholme Counsell. Je crois que nous avons besoin de modèles de rôle. Ce serait magnifique de faire donner dans les écoles, et je ne veux pas juste dire les classes de 9^e année, des conférences par des modèles de rôle. Nous savons ce que les

veterans themselves into the classrooms and they have been wonderful in educating the children about the wars. Now, that knowledge is more prevalent among the children. They talk about it among themselves, all because of these role models that we brought into the classroom. I would even like to see some of our younger ones who have gone through treatment centres for anything — mental illness, addiction, whatever — and who are survivors do the same. These are the ones the children can relate to.

I am interested in your school programs in grades 3 and 9. I know they are part of the curriculum, but my concern is, are they taught exactly like a regular subject within the school? Are there so many classes a week, a particular time period?

Ms. Pranger: I am wondering if we are the best people to answer that question. I know that the Canadian Mental Health Association will be presenting to you shortly, and it is their program.

Senator Cochrane: That would be good. We will wait then. That is fine. I would like to hear that.

Ian, I want to tell you that my daughter went through post-partum depression when she had her first child. I would go over when the baby was very tiny and she would be crying with the baby in her arms. She overcame it through family support, which I think is important in everything. Do you think the attitudes have changed since the 1990s in regards to all the barriers that were put there years ago?

Dr. Reid: Slowly, although not nearly enough. Our own experience has been in being willing to share. It has enabled others to share their private experiences, and all of sudden I realized that if I sat and talked to every one of you in this room, for example, you would all have a story to tell.

Senator Cochrane: More than one.

Dr. Reid: You need a sense of permission to start talking about it, and if we can deal with the fear that is behind the stigma — because most of the time the primary motive is the fear of the unknown — focus on eliminating the fear and opening the windows so the fresh air can blow through, we can acceptably talk about it. That is when things really change, because most of the therapy for many mental illnesses is not drugs. It is 80 per cent bio-psycho-social, spiritual, and that is when being able to openly share and discuss experiences demystifies it, destigmatizes it, and you realize we are all in the same boat.

Senator Cochrane: That is where I am coming from with role models too. It is speaking about it.

Dr. Reid: We had an example of a girl who is an outstanding graduate student who spent six months in Homewood with anorexia nervosa.

modèles de rôle ont fait pour les anciens combattants. Nous avons fait entrer les anciens combattants dans les salles de classes, et ils y ont fait un excellent travail d'apprentissage sur les guerres. Aujourd'hui, les enfants en savent beaucoup plus sur le sujet. Ils en parlent entre eux, tout cela grâce aux modèles de rôle que nous avons fait entrer dans les salles de classe. J'aimerais même voir des jeunes enfants faire la même chose, à la suite de leur traitement contre une maladie mentale, une dépendance, et cetera. Ce sont à ces jeunes survivants que les jeunes écoliers pourraient s'accrocher.

Les programmes mis en place pour les classes de 3^e et de 9^e années m'intéressent. Je sais qu'ils font partie du curriculum, mais j'aimerais savoir s'ils sont dispensés comme les cours classiques? Quelle est leur fréquence hebdomadaire, quelle est leur durée?

Mme Pranger : Je me demande si nous sommes les mieux placés pour répondre à cette question. Je sais que l'Association canadienne pour la santé mentale sera bientôt appelée à témoigner, et il s'agit de leurs programmes.

Le sénateur Cochrane : Ce serait bien. Nous allons attendre alors. C'est bien. Je suis impatiente de les entendre.

Ian, j'aimerais vous dire que ma fille a également fait une dépression post-partum quand elle a eu son premier enfant. Je me souviens qu'elle pleurait, son petit bébé dans les bras, quand j'allais la voir. Elle a réussi à la vaincre avec l'aide de la famille. La famille est importante en tout, je crois. Pensez-vous que les attitudes ont changé depuis les années 1990 vis-à-vis de toutes ces barrières de toujours?

Dr Reid : Lentement, mais pas suffisamment. Notre expérience s'est construite sur notre volonté de partager. C'est cette volonté qui a permis à d'autres de partager leurs expériences personnelles. Je viens de me rendre compte tout à coup que si je m'asseyais pour parler à chacun de vous ici présent, par exemple, vous auriez tous une histoire à raconter.

Le sénateur Cochrane : Plus d'une.

Dr Reid : Vous avez besoin d'une forme de permission pour commencer à en parler, et si nous pouvions gérer la peur qui se cache derrière le stigmatisme — parce que la plupart du temps, le motif principal est la peur de l'inconnu — et nous concentrer sur l'élimination de la peur et l'ouverture sur les autres, nous pourrions en parler de manière acceptable. C'est alors que les choses changent réellement, parce que la plupart des maladies mentales ne se guérissent pas par des médicaments. C'est 80 pour cent bio-psycho-socio-spirituel et c'est pour cela que notre capacité à nous ouvrir aux autres, à partager nos expériences et à discuter démystifie et déstigmatise la maladie mentale, et nous nous rendons compte alors que nous sommes tous logés à la même enseigne.

Le sénateur Cochrane : C'est ce que je voulais dire à propos des modèles de rôle aussi. Ils en parleraient.

Dr Reid : Nous avons eu l'exemple d'une jeune fille qui a terminé son baccalauréat avec les honneurs et qui a passé six mois à Homewood pour une anorexie mentale.

The Chairman: What is Homewood?

Dr. Reid: Homewood Health Centre in Guelph, which is a stellar example of what mental health care could be and should be. She came back and has subsequently visited the high schools on her own. It has been very much part of her therapy. The impact was considerable of someone who is seen as a scholarship student, outstanding, being willing to deal with the stigma, put it aside, accept herself as she was and then present it to others. You are absolutely right. The impact of that was palpable.

Senator Cochrane: Yes, no question. I am a firm believer in that. Role models are wonderful in every category that we talk about.

Tina, I will just make one more comment. I think you are doing a wonderful job, but I also think it is important to recognize your staff people, because they are the ones who do the work behind the scenes. They are overworked, like yourself, and sometimes not recognized. We have seen it everywhere we have gone, the work overload in mental health and addiction centres. I commend your department; I commend all your workers; and hope and pray to God they will get some help.

Ms. Pranger: Well, thank you very much. Certainly, the reason that my colleagues are behind me is we speak as a team. I would not say that we speak as a single voice, because that would be boring, and there has been some disagreement from time to time. However, these people are the managers of front-line services, and that is what our committee is about. They pay attention to what their front-line staff say, and then bring it up to the department level and to the systems level. Yes, they are the ones who need —

Senator Cochrane: A pat on the back.

Ms. Pranger: Hugely.

Senator Cochrane: I know. Thank you so much. I believe we are all on a journey, and some of this is more challenging to others. Yes, the strength is in the story, because I have a number of questions related to the national action plan, some of the essential elements of that. I would like you to think about how we deliver that. Part of my journey is that after a three-and-a-half-year struggle with cancer, my husband did not make it, and my teenage daughter became anorexic. I thought, “When will this journey end?” She was in denial. We finally accessed the system. I tell this story because I want to focus on the electronic health card, on privacy. It was determined that she needed a psychologist more than a psychiatrist. There was no psychiatrist. We do not have a lot of services in Newfoundland. Anyway, she is being cared for. One day, I probably pried too much, as a mother would, and she said, “Mom, I do not have to tell you anything,” and I said “Oh, yes, you do. We are on this journey together. I need to know what is up.” “No, Mom, my psychologist says I do not have to tell you anything.” I said, “I think you should ask your psychologist to have your mother come and sit with you,” and the first response from the psychologist was, “Quit making your mother a prisoner.” That was the first piece of advice.

Le président : Vous avez dit Homewood?

Dr Reid : Le centre de santé Homewood, à Guelph, un exemple de ce que pourrait et devrait être un centre de santé mentale. Elle y est revenue, et elle a par la suite fait le tour des écoles secondaires de son propre chef. Cela l’a beaucoup aidée dans sa guérison. L’impact a été considérable : une étudiante émérite s’attaque à son stigmate, le met de côté, s’accepte comme elle est et le présente aux autres. Vous avez tout à fait raison. L’impact a été sans aucun doute manifeste.

Le sénateur Cochrane : Oui, sans aucun doute. Je crois fermement en cela. Les modèles de rôle sont extraordinaires, quel que soit le domaine dans lequel ils interviennent.

Tina, je ferai juste une autre remarque. Je crois que vous faites un travail exceptionnel, mais je crois aussi qu’il est important de reconnaître votre personnel, parce qu’il est celui qui fait le travail en coulisse. Il est surchargé de travail, comme vous-même, mais il est parfois ignoré. Nous avons constaté cela partout où nous sommes allés, la lourde charge de travail dans les centres de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Je félicite votre ministère, je félicite votre personnel et je prie Dieu qu’il les aide.

Mme Pranger : Eh bien, merci beaucoup. Il est vrai que si mes collègues sont derrière moi, c’est que nous formons une équipe. Je ne dirais pas que nous parlons d’une voix commune, parce que nous serions ennuyeux, et qu’il y a parfois des mésententes entre nous. Mais ce sont eux les gestionnaires des services de première ligne, et c’est comme cela que notre comité justifie son existence. Ils gèrent ce qui est fait et dit en première ligne et font rapport aux niveaux du Ministère et du système. Oui, c’est à qu’il faut...

Le sénateur Cochrane : Dire merci.

Mme Pranger : Un grand merci.

Le sénateur Cochrane : Je sais. Merci beaucoup. Je crois que nous sommes tous en train d’écrire l’histoire, et que certains ont des défis plus importants que d’autres. Oui, la force est dans l’histoire, parce que j’ai plusieurs questions liées au plan d’action national, certains de ses principaux éléments. J’aimerais que vous réfléchissiez à la manière dont il est mis en oeuvre. Dans mon histoire, il y a le décès de mon mari après une lutte de trois ans et demie contre le cancer et l’anorexie de ma fille adolescente. J’ai pensé : « À quand la fin de cette histoire? ». Elle refusait la réalité. Nous avons finalement accédé au système. Je raconte cette histoire parce que j’aimerais que l’on se concentre sur la carte médicale électronique, sur la confidentialité. On nous a dit qu’elle avait plus besoin d’un psychologue que d’un psychiatre. Nous n’avons pas de psychiatre. Nous n’avons pas beaucoup de services sur Terre-Neuve. De toute façon, elle a été soignée. Un jour que j’ai probablement trop prié, comme toute mère, elle m’a dit : « Maman, je ne suis pas obligée de te dire quoi que ce soit ». J’ai répondu : « Oh, que si, tu l’es. Nous sommes dans la même galère. J’ai besoin de savoir ce qui se passe ». « Non, maman, mon psychologue dit que je ne suis pas obligée de t’en parler ». Je lui ai dit : « Je crois que tu devrais demander à ton psychologue de demander à ta mère de participer aux séances » et la première réponse du psychologue a été : « Arrête de faire de ta mère une prisonnière ». Ce fut le premier conseil.

I want to focus on the rights of the caregivers or other stakeholders to access information. I think certain elements of the privacy around the electronic card are essential. I did not need to know it all, but there were certain things that if I intended to walk that journey with her, as Ian talked about, I needed to know. We have to look at that. For me, the issue of privacy was linked to trust. We moved on from that point, and it was a difficult journey. Jane saw her two little boys yesterday, so that is a good news story.

With respect to education across the spectrum, I heard Ian talk about eight weeks' training in psychiatry. We have to take a critical look at how we train professionals and for what disciplines in this country. It is a question of the mind or of the heart. It is all part of who we are. Do we dare tilt the mountain and look at how the medical profession and other professionals, social workers, are trained? It comes back to one person, the individual who needs care.

I think about nurses, who used to spend three months at psychiatry, three months at obstetrics and three months at gynaecology. That is not done in our schools any more. Are we becoming too clinical in our approach and have we lost our humanity?

The collaborative approach is essential. When we find ourselves in need of care, surely to goodness we will not depend on one person. It has to be a collaborative approach because there are many elements that need to be addressed, whether it is supportive housing or a job in a sheltered workshop until you find you can cope.

There are caregivers and other people to whom we need to reach out with understanding. I remember saying one day, "Why do you do this to me?" She said "Mom, it is important to tell people how you feel." Maybe the first step for all of us is to have good, honest dialogue; I do not know how you educate yourself when you find yourself at that point in your journey. We have to be able to be open with each other and say it is okay. For me, I can say it is okay. I do not know. You are the experts here. As our chair said, we are trying to develop a national strategy for mental health in this country. That is a huge task, but we will do it because we will listen, and as we listen, we will all understand and we will put the recommendations forward. How successful it will be will depend on you.

Is it feasible to deliver a national action plan in the regions of this country? This country is diverse. The Canada of the Atlantic provinces is not the Canada of Ontario or the West. There are different elements. Is it possible to put all the essential elements into a national action plan and deliver it regionally?

Ms. Pranger: I beg to differ that we are the experts here. In the last five minutes you certainly touched on a number of key issues, and I would like to respond to a couple of your points.

J'aimerais que nous parlions des droits d'accès à l'information des soignants et autres intervenants. Je crois que certains éléments d'information médicale doivent rester confidentiels. Je n'avais pas besoin de tout savoir, mais il y avait des choses que je voulais que l'on partage, et comme Ian l'a dit, des choses que j'avais besoin de savoir. Nous devons considérer cela. Pour moi, la question de confidentialité était à la confiance. Nous avons progressé à partir de là, et le chemin a été long. Jane a vu ses deux petits garçons hier, c'est donc une histoire qui finit bien.

Pour ce qui est de la place à faire à l'éducation, j'ai entendu Ian parler de huit semaines de formation en psychiatrie. Nous ne devons pas avoir peur de remettre en question la qualité et le contenu de la formation donnée à nos professionnels. Il s'agit d'une affaire d'esprit ou de cœur, d'une partie de nous-mêmes. Devons-nous oser réveiller le volcan et revoir comment sont formés nos médecins, nos autres professionnels de la santé, nos travailleurs sociaux? Cela revient à une seule personne : celle qui a besoin de soins.

Je pense aux infirmiers(ères) qui passaient trois mois en psychiatrie, trois mois en obstétrique et trois mois en gynécologie. Nos écoles ne font plus cela aujourd'hui. Sommes-nous devenus trop cliniques dans notre approche et avons-nous perdu notre humanité?

L'approche collaborative est essentielle. Lorsque nous avons besoin de soins, ma foi, nous ne dépendons pas d'une seule personne. Il faut qu'il y ait une approche collaborative, parce que les éléments qu'il faut gérer sont nombreux, que ce soit un logement supervisé ou un emploi dans un atelier abrité, en attendant des jours meilleurs.

Il y a des soignants et des gens dans ces services qui ont besoin de notre aide, de notre compréhension. Je me souviens lui avoir dit un jour : « Pourquoi me fais-tu cela? ». Elle m'a répondu : « Maman, c'est important de dire aux gens ce que tu ressens ». Il se peut que la première étape soit pour nous tous d'avoir un dialogue franc et honnête; je ne sais pas comment l'on peut s'éduquer en chemin. Nous devons nous ouvrir les uns aux autres et nous dire que nous faisons bien. Moi, je peux dire que c'est bien. Je ne sais pas. C'est vous les experts. Comme l'a dit le président, nous essayons de mettre en place une stratégie nationale sur la santé mentale dans ce pays. C'est une tâche énorme, mais nous la réaliserons parce que nous serons à l'écoute, que cette écoute nous aidera à comprendre et à faire les meilleures recommandations possibles. Notre réussite dépendra de vous.

Est-il possible d'appliquer un plan d'action national dans cette région? Ce pays est varié. Le Canada des provinces atlantiques n'est pas le Canada de l'Ontario ni celui de l'Ouest. Les éléments sont différents. Est-il possible de rassembler tous les éléments essentiels sous un plan d'action national et de les appliquer au niveau régional?

Mme Pranger : Je refuse de dire que nous sommes les experts ici. Dans les cinq dernières minutes, vous avez abordé plusieurs questions importantes, et j'aimerais vous répondre sur deux ou trois points.

The national plan would provide parameters or guidelines. As you know, mental health and addiction service delivery is a provincial and territorial responsibility, so getting down to the level of regional or provincial plans I do not think is the purview of a federal plan. The federal plan can set the guidelines, and then the various provinces and territories can take pieces of that and mould it to their specific circumstances. As you say, the circumstances in Newfoundland are different from in Ontario or Saskatchewan. A national plan is important in ensuring that we meet certain core standards.

Senator Cook: I will interrupt you there, Tina. What if the provinces cherry-pick, given the amount of money? How can we guard against that? That is a big issue.

Ms. Pranger: Encouraging collaboration is important. If you attach funding to the guidelines, to the standards, and expect accountability — you all know this — then provinces will play the game, otherwise, not so much.

I just wanted to point out something about psychiatric training. I think maybe there is some misconception here, and perhaps Ian will elaborate on that, that in the training of a family practitioner it may be eight weeks. However, psychiatrists have substantial internship and residency requirements that are equal to any specialist. They are every bit as thoroughly trained as a neurologist or a cardiologist.

Dr. Reid: I am talking about the 95 per cent of physicians who are not psychiatrists, and that is why I am saying that our training is limited. My exposure was primarily at the Kingston Psychiatric Hospital, where most of my patients were psychotic, and that is, of course, a small percentage of the true burden of mental illness.

I agree with most of what you said, but I wanted to comment that one of the things that allow us to demand attention to this is the recognition of the magnitude of the problem, the morbidity that results from it, the prevalence of this disease. Just reading the statistics in Senator Callbeck's brief article gives us pause for thought. It is only when we take the lid off to expose the realities of this illness and its impact that we can justifiably demand a dedicated, sizeable portion of the health care funding to try to manage the problem appropriately. A lot of it is not public knowledge. If you did a survey on the street, most people would have no idea of the magnitude of the problem, the impact on lives. When you generate public support, they are willing to put money behind it and to accept budgeting for it. That is a public education initiative that is essential.

Senator Cook: Part of the challenge for me, and the preoccupation, is if I break my wrist, you can see it and I can go to get it fixed; it is physical. How do we take mental illness, or even mental health, out of the shadows and into the light? It is not stigma, it is discrimination. Do we recommend a comprehensive

Le plan national nous donnerait des paramètres et des lignes directrices. Comme vous le savez, la fourniture des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances relève des provinces et des territoires, donc je ne pense pas que cela soit du ressort d'un plan national de descendre au niveau régional ou provincial. Le plan fédéral peut fixer les lignes directrices, ensuite les provinces et les territoires pourront prendre celles qui les intéressent et les adapter à leur propre réalité. Vous l'avez dit, la réalité de Terre-Neuve diffère de celle de l'Ontario ou de celle de la Saskatchewan. Le plan national permettra surtout d'établir des normes fondamentales.

Le sénateur Cook : Je vous arrête là, Tina. Et si les provinces font une sélection minutieuse, vu l'importance financière du projet? Comment nous protéger de cela? C'est une question importante.

Mme Pranger : Ce qui est important, c'est d'encourager la collaboration. Si vous débloquez un budget pour les lignes directrices et les normes, et si vous les responsabilisez, vous savez toutes et tous que les provinces joueront le jeu. Ce qui ne sera peut-être pas le cas autrement.

J'aimerais juste ajouter quelque chose sur la formation psychiatrique. Je crois que l'on fait fausse route ici, et Ian pourra peut-être élaborer là-dessus, quand on parle de former un médecin de famille à la psychiatrie en huit semaines. Les psychiatres doivent satisfaire autant d'exigences durant leur internat et leur résidence que n'importe quel autre spécialiste. Ils reçoivent une formation aussi complète que celle des neurologues ou des cardiologues.

Dr Reid : Je parle des 95 pour cent des médecins qui ne sont pas psychiatres, et c'est pour cela que je dis que notre formation est limitée. J'ai surtout exercé à l'hôpital psychiatrique de Kingston, où la plupart de mes patients étaient psychotiques, ce qui n'est, bien sûr, qu'un tout petit pourcentage du réel fardeau de la maladie mentale.

Je suis d'accord avec presque tout ce que vous avez dit, mais j'aimerais faire remarquer que si nous faisons attention à cela, c'est précisément grâce à la reconnaissance de l'ampleur du problème, à la morbidité qui en résulte, à la prévalence de cette maladie. La seule lecture des statistiques du bref article du sénateur Callbeck donne à réfléchir. Ce n'est que lorsque nous soulevons le couvercle que nous exposons la réalité de cette maladie et son impact et que nous pouvons justement exiger qu'une partie suffisante du financement des soins de santé soit dédiée à la gestion efficace du problème. Peu de gens savent cela. Si vous enquêtiez dans la rue, vous verriez que la plupart des gens n'ont aucune idée de l'ampleur du problème, de son impact sur les vies. Lorsque vous lui demandez le soutien du public, il vous donne son argent et vous autorise à prélever un budget pour lutter contre elle. Il s'agit d'une initiative d'éducation publique essentielle.

Le sénateur Cook : Mon problème, et mon inquiétude, c'est que lorsque je me casse le poignet, je peux le faire réparer; c'est physique. Comment rendre la maladie mentale, voire la santé mentale, visible? Il ne s'agit pas de stigmatisation, il s'agit de discrimination. Devons-nous recommander un programme de

communications program for this country? Does government do it? As we heard yesterday, do we get a marketing agency to do it? We have done great things with drunk driving, cancers and the rest of it. I can remember 20 years ago, you did not use the word "cancer." It is quite acceptable today. We deal with it. That which we cannot see, we fear. How do we remove that barrier?

Ms. Pranger: My suggestion would be to work with organizations that are already very good at doing this, and again, the Canadian Mental Health Association has done a fair amount of work, as has CAMIMH. Those people know about social marketing and public awareness campaigns. They have already developed strategies to help people understand that, although it might not be visible, it is still very prevalent and damaging.

Senator Cook: So there are experts out there. They are probably fragmented, is what you are saying.

Ms. Pranger: I would not say they are fragmented, because certainly the Canadian Mental Health Association is a national body, as is CAMIMH. They do a lot of work on public awareness. Working with them would be strategic.

Senator Cook: The collaborative approach that includes everyone.

Finally, Jim, I love your community health approach. I think that is the way to go, at least in Atlantic Canada. I call it one-stop shopping. Thank you.

The Chairman: May I thank all of you for coming. We prevailed on your time a lot more than we meant to, but that seems to happen to us all the time.

Senators, on our next panel of witnesses we have Tarry Hewitt, who is the Project Coordinator for Aboriginal Survivors for Healing; Tom Macleod, who is with the Fitzroy Centre Programme; Bonnie Arnold, who is with the Canadian Mental Health Association, P.E.I. Chapter; and Pat Doyle, who is the Co-Chair of the Provincial Suicide Prevention Committee, P.E.I.

Tarry, we will begin with you.

Ms. Tarry Hewitt, Project Coordinator, Aboriginal Survivors for Healing: Good morning. I appreciate the opportunity to appear before you this morning and, I hope, by sharing the experience of our project, to assist you in improving the delivery of mental health services and addictions treatment across Canada.

I have combined the description of our organization with the responses to the comments and questions posed in report 3, and I have confined the presentation to Aboriginal peoples due to the nature of the work that our project has been doing.

ASH, or Aboriginal Survivors for Healing, was established in December 2000 with funding through the Aboriginal Healing Foundation to provide services and support to survivors of the

communications exhaustif pour ce pays? Le gouvernement le fait-il? Comme il a été dit hier, devrions-nous faire appel à une société de marketing? Nous avons accompli de belles choses dans la lutte contre la conduite en état d'ébriété, les cancers, et cetera. Je me souviens qu'il y a 20 ans, le mot « cancer » était tabou. Il est très bien accepté aujourd'hui. Nous y faisons face. Nous avons peur de ce que nous ne connaissons pas. Comment enlever cette barrière?

Mme Pranger: Je propose que nous travaillions avec les organisations qui ont réussi dans le domaine, et encore une fois, l'Association canadienne pour la maladie mentale a fait un travail colossal, comme l'Alliance canadienne pour la santé mentale et la santé mentale. Ces gens sont au courant des campagnes de marketing social et de sensibilisation du public. Ils ont déjà mis en place des stratégies pour aider les gens à comprendre. Même s'il n'est pas visible, le problème est persistant et très destructeur.

Le sénateur Cook : Il y a donc des experts dans le domaine. Ils sont probablement fragmentés, c'est ce que vous nous dites?

Mme Pranger : Je ne dirais pas qu'ils sont fragmentés, parce que l'Association canadienne pour la santé mentale est un organisme national, comme l'ACMMSM. Elles font un grand travail de sensibilisation du public. Il serait stratégique de travailler avec elles.

Le sénateur Cook : L'approche collaborative qui inclut tout le monde.

Finalement, Jim, j'adore votre approche de santé communautaire. Je crois que c'est la voie à suivre, au moins au Canada atlantique. J'appelle cela une approche à guichet unique. Merci.

Le président : Permettez-moi de vous remercier toutes et tous d'être venus. Nous avons pris de votre temps beaucoup plus que nous le voulions, mais cela semble nous arriver tout le temps.

Sénateurs, notre prochain groupe de témoins sera composé de Tarry Hewitt, coordonnatrice de projet de l'association Aboriginal Survivors for Healing, de Tom Macleod, du Centre Fitzroy, de Bonnie Arnold, de la section Île-du-Prince-Édouard de l'Association canadienne pour la santé mentale et de Pat Doyle, vice-présidente du Comité provincial sur la prévention du suicide de l'Île-du-Prince-Édouard.

Tarry, nous commencerons avec vous.

Mme Tarry Hewitt, coordonnatrice de projet, Aboriginal Survivors for Healing : Bonjour. Je vous remercie de l'occasion que vous me donnez de témoigner devant vous ce matin, et j'espère, en partageant avec vous l'expérience de notre projet, vous aider à améliorer la fourniture des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances au Canada.

J'ai intégré la description de notre organisation aux réponses aux commentaires et aux questions posées dans le rapport 3, et j'ai confiné l'exposé aux Autochtones en raison de la nature du travail que nous effectuons dans notre association.

ASH, ou Aboriginal Survivors for Healing, a été créée en décembre 2000, grâce au financement de la Fondation autochtone de guérison, afin de fournir des services et du soutien aux

Shubenacadie Residential School and their families resident on Prince Edward Island. It is guided by a board of survivors and descendants.

At its inception, the organization established an Aboriginal student counsellor trainee program to build capacity. It partnered with conventional mental health service providers to allow for the development of culturally sensitive services within the existing delivery system and undertook a needs assessment to determine the healing preferences of residential school survivors living in the province.

Over the past four and a half years, the project has evolved to provide traditional culture-based healing services, the preference expressed by a majority of respondents to the needs assessment. This has been challenging on several levels. We struggled to recruit and maintain academically qualified Aboriginal student counsellor trainees in the first three and a half years of the project, but have had to collapse that element due to a lack of appropriate candidates.

Over time, it became clear that it might not be possible, and perhaps not even desirable, to promote cultural sensitivity within the conventional mental health service providers, with a view to these agencies at some point undertaking the responsibility to deliver this type of healing alternative. Healing circles, culture-based and guided by an experienced, and in our case, academically trained Aboriginal who engages in traditional healing, are far more than a cosmetic overlay to "group sessions." They are rooted in ceremonies and traditions that can only be performed by those from the Aboriginal community who possess a depth of knowledge and who are recognized within that community as being capable of leading healing circles. Our current traditional counsellor utilizes *All My Relations*, a workbook developed jointly by Corrections Canada and the Nechi Institute to address the following issues in six-week modules: anger management, substance abuse, grief and loss, parenting and families, sexual abuse, and communication.

The weekly healing circles consisted initially of one for women, one for men and a third for descendants, but this has now been combined with the men's group. The response to the circles has been strong and consistent. A secondary benefit to the circles is that, in addition to providing a familiar and non-threatening opportunity to begin or continue individual healing journeys, the process is infused with culturally based supports that help participants to regain traditional knowledge and strengthen confidence in their ability to rely on their own practices, ceremonies and beliefs to restore wellness.

Over the life of the project, which is currently funded to March 2007, some clients have used conventional services solely — in which case ASH assists by making referrals — some clients use established providers as well as attending the healing circles, but the majority use the healing circles alone as their preferred method of recovery.

survivants du pensionnat de Shubenacadie et à leurs familles résidentes de l'Île-du-Prince-Édouard. L'association est dirigée par un conseil composé de survivants et de descendants.

Dès sa création, l'association a mis en place un programme de stages pour les conseillers d'orientation autochtones — pour étoffer ses ressources humaines — dans le cadre d'un partenariat avec les fournisseurs de services de santé mentale conventionnels. Ce partenariat vise à développer des services adaptés à la culture à l'intérieur du système de prestation en place et à évaluer les besoins en services, dans le but de déterminer les méthodes de guérison les plus appropriées pour les survivants des pensionnats vivant encore dans la province.

Depuis quatre ans et demi, le programme a évolué, et l'association fournit maintenant des services de soins adaptés à la culture traditionnelle, préférence exprimée par la majorité des répondants au questionnaire de l'évaluation des besoins. Notre projet présente des défis à plusieurs niveaux. Nous nous sommes battus pour recruter et tenir en poste les conseillers d'orientation autochtones stagiaires pendant les trois ans et demi du programme, mais nous avons dû abandonner la lutte faute de candidats compétents.

Au cours du temps, il est apparu qu'il n'était peut-être pas possible, ni désirable, de promouvoir la sensibilisation aux réalités culturelles chez les fournisseurs de services de santé mentale conventionnels, avec ce but espéré de les voir prendre eux-mêmes la responsabilité de fournir ce type de guérison alternative. Les cercles de guérison, lorsqu'ils sont adaptés à la culture et dirigés par un Autochtone expérimenté, et dans notre cas, diplômé, sont plus que des « séances de groupe » à saveur indienne. Ils ont leurs racines dans les cérémonies et les traditions, et seuls les sages sont capables de les diriger. Notre conseiller traditionnel actuel utilise *All My Relations*, un livre de travail réalisé par Corrections Canada et l'Institut Nechi pour étudier et analyser en six semaines de modules la gestion de la colère, la toxicomanie, le deuil et la disparition, le rôle des parents et de la famille, la violence sexuelle et la communication.

Au départ, il y avait un cercle de guérison hebdomadaire pour les femmes, un autre pour les hommes et un troisième pour les descendants, mais ce dernier a été intégré à celui des hommes. Les participants sont nombreux et assidus. Les cercles ont, outre leur côté familial et sécurisant, l'avantage d'être culturellement imprégnés. Les participants y retrouvent des traditions et des savoirs traditionnels qui renforcent leur confiance en soi et leur confiance de retrouver leur bien-être grâce à des pratiques, cérémonies et croyances ancestrales.

Depuis le début du programme, qui a pour l'heure de quoi vivre jusqu'en mars 2007, certains clients s'en sont tenus aux seuls services conventionnels — ASH aide alors à les diriger vers les services appropriés —, d'autres encore utilisent des fournisseurs établis en même temps que les cercles de guérison, mais la majorité des clients ont choisi les cercles de guérison comme méthode de guérison.

As project coordinator of ASH since its inception, my role is primarily administrative. As a retired member of the Ontario bar with a background in native law and a practice that was located in northwestern Ontario, I came to the position with some understanding of the challenges that would arise in reaching the project goals. With this background and the opportunity to continue to learn about the efficacy of traditional healing practices, I view my most important function in this organization as a bridge between the Mi'kmaq community and the predominantly non-Aboriginal hierarchy that determines what resources are committed to culturally appropriate healing services and capacity building through a recognition of the skills and strengths that have always existed in the Mi'kmaq communities to address their own healing needs.

This may seem contradictory. Aboriginal communities struggle with disproportionate rates of substance abuse, suicide, incarceration and other issues that have a negative impact on self-realization, effective parenting and physical and mental health. However, understanding the historical context is critical. In revisiting the impact of colonization and, in particular, the legacy of the residential school system, it may appear that we are going over old ground already dealt with in the previous reports produced by this committee. However, it is important to connect the dots to examine how we got here from there in order to understand how to move ahead and to restore and utilize what has always existed — traditional healing practices that were forced to go underground when they were outlawed but have never truly disappeared.

The Chairman: Thank you, Tarry — I assumed you were stopping there. Were you?

Ms. Hewitt: If I had time, I should like to go on to the responses by heading.

The Chairman: Can you just hit the highlights of the responses, then?

Ms. Hewitt: In term of fragmentation of the system, not only does this pose a bureaucratic nightmare in accessing services or funding for services for Aboriginal peoples, it runs counter to a holistic approach to healing, which is much more culturally appropriate.

I am skipping some things and hitting the highlights, as you requested.

Fragmentation creates duplication of services while other needs go unmet, all of which result in inefficient use of financial resources and lack of consistency in delivery of service.

More authority should be delegated to Aboriginal communities to customize services and foster solutions that are more culturally appropriate. The imposition of non-Aboriginal solutions to Aboriginal issues should probably pass without comment. For those working in the field, it is accepted that this practice clearly has not met with success and that Aboriginal populations should be supported in addressing issues of mental health and addictions in a manner that recognizes and respects traditional skills. Interestingly enough, this involves not only overcoming a

Mon rôle de coordonnatrice à ASH, depuis sa création, est essentiellement administratif. Je suis une ex-membre du barreau de l'Ontario spécialisée dans le Droit des Autochtones. J'avais un cabinet dans le nord-ouest de l'Ontario, j'ai accepté mon poste actuel parfaitement consciente des défis et des objectifs de l'association. Forte de mon expérience et soucieuse d'en savoir davantage sur les méthodes de guérison traditionnelles, je me considère avant tout comme une passerelle entre la collectivité Mi'kmaq et la hiérarchie majoritairement non autochtone qui détermine l'allocation des ressources matérielles et humaines par la reconnaissance des compétences et des forces qui ont toujours permis aux collectivités Mi'kmaq de répondre à leurs besoins de guérison.

Cela peut sembler contradictoire. Les collectivités autochtones font face à des taux disproportionnés de toxicomanie, de suicide, d'incarcération et autres points noirs qui ont un impact négatif sur leur réalisation de soi, l'art d'être parent et leur santé physique et mentale. Mais il est essentiel de comprendre le contexte historique. En revisitant l'impact de la colonisation et, en particulier, le legs du système de pensionnats, il semble que nous revisitions un passé que d'autres rapports produits devant ce comité ont déjà traité. Mais il me semble important de relier les points pour comprendre le chemin parcouru, le chemin qui reste à faire et ce qu'il faut restaurer et utiliser du passé — ces pratiques de guérison traditionnelles qui ont été forcées à la clandestinité après avoir été mises hors la loi, mais qui n'ont jamais réellement disparu.

Le président : Merci, Tarry. Je suppose que vous alliez marquer un arrêt, n'est-ce pas?

Mme Hewitt : Si j'en ai le temps, j'aimerais répondre aux questions point par point.

Le président : Ne pourriez-vous pas juste faire ressortir les points saillants des réponses, alors?

Mme Hewitt : En ce qui concerne la fragmentation du système, non seulement elle pose un cauchemar bureaucratique à l'accès aux services et aux financements des services aux Autochtones, mais elle va à l'encontre de leur approche holistique à la guérison, bien plus adaptée à la culture.

Je saute certains faits pour parler des points saillants, comme vous l'avez demandé.

La fragmentation crée un dédoublement des services, alors que certains besoins ne sont même pas satisfaits, et tout cela se traduit par une utilisation inefficace des ressources financières et un manque de cohérence dans la fourniture des services.

Il faudrait déléguer plus de pouvoir aux collectivités autochtones pour qu'elles adaptent leurs services et favorisent des solutions mieux adaptées à la culture. L'imposition de solutions non autochtones à des problèmes autochtones devrait soulever quelques questions. Celles et ceux qui travaillent dans le domaine ont tous compris que cette pratique n'a pas réussi, et qu'il vaudrait mieux aider les Autochtones à gérer la santé mentale et la lutte contre les dépendances d'une manière qui reconnaisse et respecte les compétences traditionnelles. Cela

non-Aboriginal bias in favour of conventional treatments and methods of delivery, but also the challenge of Aboriginal perceptions that, as a result of decades of paternalistic intervention, non-Aboriginal practices are superior.

There is a critical shortage of adequately trained Aboriginal and mental health workers. From the latter part of the last century onward, the federal government has been downloading resources and responsibility, dollars and services once administered by Indian Affairs. As a result of this initiative and with the recognition that it is preferable for Aboriginals to provide services in their own communities, a huge demand has been created for trained/educated/experienced Aboriginal candidates across the service spectrum: health, education, social services, et cetera.

While the above-noted sectors and others experience a shortage of adequately trained personnel, the inability to provide appropriately equipped mental health and addictions workers has a community-wide consequence if Aboriginals are unable to access effective services in these areas. Without the opportunity to address mental health and related issues, communities will continue to struggle under the burdens of family violence, incarceration and other social dislocations. All of these present barriers to productivity, healthy communities and the goal of full participation in society.

In terms of integration of Aboriginal issues within provincial mental health strategies, I would suggest that harmonization of federal programs for Aboriginal mental health on and off reserves in provinces that have integrated Aboriginal issues ought to be undertaken with great care so as not to dilute federal responsibilities in these areas. Consultations both with the Assembly of First Nations and with appropriate First Nation/tribal councils and other representative entities within the province should be the first step in this initiative.

In response to prioritizing changes to the ways in which the federal government delivers mental health services and addictions treatment to Aboriginal, clearly capacity building must come first. This issue relates to the question of offering financial incentives to Aboriginal Canadians to train to become mental health workers, which will be answered first.

I relate now the experience of our project. When we were unable to recruit sufficient qualified candidates for the Aboriginal student counsellor trainee program, it was important to examine why the goal of capacity building would not be fully realized. Although it is general knowledge that Aboriginal post-secondary graduates are in short supply, a review of DIAND basic departmental data revealed some startling statistics. Looking at the years 1995-96 to 1998-99, which were the most recent complete tables available at the time, a comparison was made between all-Canadian rates per population of post-secondary

implique, paradoxalement, de vaincre le préjugé non autochtone en faveur des traitements et des méthodes conventionnels, mais également le préjugé autochtone — conséquence de décennies d'intervention paternaliste — selon lequel les pratiques non autochtones seraient supérieures.

Il y a une grave pénurie d'Autochtones et de travailleurs en santé mentale qualifiés. Depuis la deuxième moitié du siècle dernier, le gouvernement fédéral se décharge de la responsabilité financière, des dollars et des services que gérât le ministère des Affaires indiennes dans le passé. Cette initiative et la volonté de laisser aux Autochtones la liberté de gérer les services de leurs collectivités ont entraîné un énorme besoin de candidats autochtones formés, éduqués et expérimentés en services de tous genres : santé, éducation, services sociaux, et cetera.

Outre la pénurie des secteurs susmentionnés et autres en personnel qualifié, l'incapacité de fournir aux collectivités autochtones des professionnels en santé mentale et dans la lutte contre les dépendances compétents a des incidences très importantes sur les Autochtones qui ne peuvent avoir accès à ces services dans leur collectivité. Sans ressources pour lutter contre la maladie mentale et ses problèmes, les collectivités autochtones continueront à crouler sous le poids de la violence familiale, des incarcérations et autres fléaux sociaux. Ce sont là autant de barrières posées à la productivité, aux collectivités en bonne santé et à la pleine participation des Autochtones à la société canadienne.

En ce qui concerne l'intégration des questions autochtones dans les stratégies provinciales sur la santé mentale, je suggère de considérer avec le plus grand soin l'harmonisation des programmes fédéraux sur la santé mentale des Autochtones vivant dans les réserves et hors des réserves des provinces qui y ont adhéré, afin de ne pas diluer les responsabilités fédérales dans ces domaines. La première étape de cette initiative devrait être la consultation de l'Assemblée des Premières nations et des conseils représentatifs des Premières nations de la province.

Pour ce qui est des changements prioritaires que le gouvernement fédéral devrait effectuer dans la fourniture des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances aux Autochtones, il est clair que les ressources humaines viennent au premier plan. La question des ressources humaines a d'ailleurs sa réponse dans les mesures incitatives financières que le gouvernement fédéral devrait mettre en place pour amener les Canadiens autochtones à s'orienter dans les métiers de la santé mentale.

Je reviens à notre projet. Lorsque nous avons été incapables de recruter suffisamment de candidats qualifiés pour le programme de stages de conseillers en éducation autochtones, il nous a semblé important de réexaminer notre objectif en ressources humaines. Pour beaucoup, le nombre de diplômés postsecondaires autochtones devrait expliquer cette pénurie. La lecture de certaines données de l'AINC allait nous enseigner de surprenantes nouvelles. En examinant les années 1995-1996 à 1998-1999, les dernières pour lesquelles on disposait à l'époque de statistiques complètes, nous avons comparé le nombre de

enrolment and graduation and Aboriginal rates for the same across Canada and for Atlantic Canada: All-Canadian rates of enrolment for those years remained at or about 3 per cent, with graduation rates being about the same. Enrolment of Aboriginal students per population was from 2.3 to 1.9 per cent, with graduate rates being .63 per cent and .53 per cent, respectively. In Atlantic Canada, the enrolment rates were higher, but, in fact, the graduation rates were far below those for across Canada. It is clear that retention rates for Aboriginal students pursuing post-secondary education fall far below the Canadian benchmark.

In addressing the issue of shortages, it is crucial to think outside the box. Rather than providing financial incentives for Aboriginal Canadians to train to become mental health workers, you are invited to consider a more innovative approach — bring the university or community college to the Aboriginal community. Attached is an article from the June 11, 2005, edition of *The Globe and Mail* regarding the completion of legal training for 10 Nunavut students, which occurred in their community at Akitsiraq Law School, as a result of collaboration with the University of Victoria Law School, the University of Ottawa, the Canadian government and the Government of Nunavut. This high-end experiment has more modest parallels that seem to work. The University of Cape Breton, formerly UCCB, collaborates with First Nations communities in Nova Scotia to bring the university classroom to the communities. Some of the obvious benefits to the communities include not having to leave home and family responsibilities to pursue post-secondary education and the ability to be educated in familiar versus intimidating surroundings. This leads to higher rates of retention. The educational institution benefits from this collaboration by giving visiting professors a chance to become more knowledgeable about First Nations communities and customs. This exchange of knowledge between community members and members of the university faculty results in a more collaborative relationship between the educational institution and the Aboriginal people.

Following capacity building in order of priority, acknowledgment of the efficacy of traditional practices to promote healing is critical to overcoming the habits of dependency and to restoring Aboriginal self-esteem and confidence in their own cultural imperatives. The use of either conventional or traditional Aboriginal methods of healing, which is a holistic approach to restoration of well-being, would be determined by the community. Currently, there are many examples of paternalistic limitations on service and treatment options and the one cited here is particularly ironic.

Indian Residential Schools Resolution Canada provides funding to Health Canada for a variety of mental health supports for residential school survivors who are either

diplômés postsecondaires sur l'ensemble du Canada, par rapport au nombre total de candidats inscrits, avec celui des Autochtones, puis nous avons refait la même comparaison pour le Canada atlantique. Les pourcentages des candidats inscrits dans tout le Canada pendant les années de référence sont restés stationnaires à 3, pour des pourcentages semblables de diplômés. Les pourcentages des candidats autochtones par rapport à la population variaient entre 2,3 et 1,9, tandis que ceux des diplômés se situaient entre 0,63 et 0,53, respectivement. Au Canada atlantique, les pourcentages de candidats inscrits étaient plus élevés, mais les pourcentages de diplômés étaient bien inférieurs à ceux de l'ensemble du Canada. Il est clair que ces taux de persévérance scolaire des étudiants postsecondaires autochtones se situent loin des moyennes canadiennes.

Sur la question des pénuries, il est primordial de rompre avec les sentiers battus. Plutôt que de proposer des mesures incitatives financières aux Canadiens autochtones pour se former en santé mentale, il faudrait considérer une approche encore plus novatrice — importer les universités et les collèges communautaires dans les collectivités autochtones. Ci-joint un article du 11 juin 2005 du *Globe and Mail* sur la collation des diplômes de 10 étudiants du Nunavut, à l'école de droit de leur collectivité, Akitsiraq, conséquence d'un partenariat entre l'École de droit de l'Université de Victoria, l'Université d'Ottawa, du gouvernement canadien et du gouvernement du Nunavut. Cette noble expérience a donné l'élan à des projets plus petits, également sur la voie de la réussite. L'Université du Cap-Breton, anciennement l'UCCB et les collectivités des Premières nations de la Nouvelle-Écosse ont introduit des cours universitaires dans les collectivités. Les avantages sont évidents : les étudiants peuvent poursuivre leurs études postsecondaires sans avoir à quitter leur famille ou à abandonner leurs responsabilités familiales, dans un environnement familial et moins intimidant. De telles expériences conduisent à une augmentation du taux de persévérance scolaire. Les établissements d'enseignement profitent de ces partenariats pour donner l'occasion aux professeurs invités de mieux connaître les collectivités et les coutumes des Premières nations. Cet échange de savoirs entre les membres des collectivités et les personnels enseignants des universités conduit à son tour à une meilleure relation collaborative entre les établissements d'enseignement et les Autochtones.

La promotion des pratiques de guérison traditionnelle passe par la reconnaissance de leur efficacité et la mise en valeur des ressources humaines afin de surmonter les habitudes de dépendance et de restaurer l'estime de soi des Autochtones et la confiance dans leur culture. Le choix entre les méthodes de guérison conventionnelles et les méthodes traditionnelles autochtones, qui s'inscrivent dans une approche holistique de restauration du bien-être, serait laissé aux collectivités. Actuellement, il existe encore un fort dirigisme paternaliste dans le choix des services et des traitements et l'exemple donné ici est particulièrement ironique.

La Résolution des questions des pensionnats indiens Canada finance Santé Canada dans de nombreux projets de santé mentale destinés aux survivants des pensionnats qui demandent réparation

pursuing their remedies through the court or who opt to engage in alternative dispute resolution in order to obtain redress for issues arising out of residential school attendance. Health Canada, as mandated by IRSCR, will compensate registered psychologists and social workers to provide counselling services to eligible survivors. It will pay transportation costs for survivors to obtain the services of a traditional healer and/or to have the healer accompany the survivor as a support person to his or her hearing. However, it will not financially compensate the traditional healer for services he or she provides. ASH, along with a number of other Aboriginal organizations across Canada, continues to negotiate with Health Canada in an effort to persuade it to provide financial compensation to traditional healers for their services.

There is capacity within the Aboriginal communities to identify men and women who engage in traditional healing practices, who routinely seek guidance from elders and medicine men and women and who would be appropriate facilitators of healing circles and other traditional methods. Structures already exist within the Aboriginal communities to vet the recognized ability of healers who would provide services in an accountable manner.

In answer to the second question — the most appropriate structures to ensure that people have adequate input into the design of the services they need — it is partially answered by the response to the first question. ASH is a stand-alone organization, with no political affiliation, although First Nations and other representative Aboriginal organizations in the province are kept informed and partner with ASH from time to time. Our experience suggests that representatives from service providers, such as family resource centres, Aboriginal child and family service organizations, NAADP workers, et cetera, provide a more client-centred approach to addressing social issues than political entities, who are already overburdened with a variety of issues not directly related to the experience of front-line workers. Since the design of services would vary from area to area, the design of culturally appropriate services might be overseen and provided by a committee of nominees following First Nation/tribal councils catchment areas responding to local needs.

Again, the third question is answered, in part, by the second. Currently, the federal government uses a one-window model to provide service delivery. In Atlantic Canada and, presumably, elsewhere in the country, this translates into downloading of funding to a regional organization, politically controlled, which, in turn, disburses funds to member entities or provides services directly. While this is a convenient model, it might be more appropriate to consider infusing the one-window approach with the requirement to disburse funds for mental health and addictions treatment to First Nation/tribal councils on a per capita basis.

The response to the third question appears in combination with question one.

devant les tribunaux ou autrement pour les sévices subis pendant leurs années de pensionnat. Dans le cadre du mandat octroyé par IRSCR, Santé Canada rémunère les psychologues agréés et les travailleurs sociaux qui fournissent des services de consultation aux survivants admissibles et paie les frais de transport des survivants chez leurs guérisseurs traditionnels et/ou les frais d'accompagnement des guérisseurs, à titre de personnes de confiance, aux audiences. ASH et plusieurs autres organisations autochtones du Canada négocient avec Santé Canada pour qu'elle rétribue également les services des guérisseurs traditionnels.

Les collectivités autochtones disposent d'hommes et de femmes capables de continuer à guérir traditionnellement et toujours prêts à s'inspirer des anciens et des guérisseurs et guérisseuses. Ces hommes et ces femmes pourraient devenir d'excellents facilitateurs des cercles de guérison et autres méthodes de guérison traditionnelles. Les collectivités autochtones disposent déjà des structures qui permettraient d'étudier en détail la capacité reconnue de ces guérisseurs aux services incommensurables.

La réponse à la deuxième question — sur les structures qui permettraient le mieux de s'informer des services nécessaires — est partiellement contenue dans la réponse à la première question. ASH est une association autonome, sans affiliation politique, même si les Premières nations et autres organisations autochtones représentatives de la province en sont informées en permanence et collaborent avec elle de temps à autre. Notre expérience nous a enseignés que les représentants des prestataires de services, comme les centres de ressources pour les familles, les organismes autochtones de services à l'enfance et à la famille, les travailleurs de la NAADP, et cetera, fournissent une approche à la résolution des problèmes sociaux plus axée sur le client que les organisations politiques, lesquelles ont déjà leur lot de problèmes, loin de nos travailleurs de première ligne. Comme les services varient d'une région à l'autre, les services adaptés à la culture pourraient être fournis et encadrés par un comité de personnes nommées à même les conseils des Premières nations ou des tribus pour mieux répondre aux besoins locaux.

Je répète que ma réponse à la troisième question est en partie contenue dans ma deuxième réponse. Actuellement, le gouvernement fédéral utilise un modèle de prestation de services à guichet unique. Au Canada atlantique, et probablement ailleurs dans le pays, cela se traduit par un délestage des subventions à une organisation régionale politiquement contrôlée qui reverse à son tour ces subventions à ses membres, quand elle ne fournit pas elle-même les services directement. Il s'agit d'un modèle pratique certes, mais cette approche à guichet unique serait plus efficace si les fonds étaient alloués aux services de santé mentale et à la lutte contre les dépendances étaient distribués aux collectivités des Premières nations ou aux conseils tribaux proportionnellement au nombre d'habitants.

Il semblerait que ma réponse à la troisième question soit amalgamée à la première question.

The last question, pertaining to who should undertake responsibility for an environmental scan to inventory existing services, determine duplications and gaps in programming, appears to suggest essentially a continuation of the present system with a housekeeping overhaul. This is inconsistent with previous responses that this organization has made in this presentation. However, the scan would be necessary regardless of whether the current system is maintained or a significant redistribution and rationalization of resources is contemplated. The exercise could yield the current cost of existing programming, providing a baseline to determine funding that could be made available if a decision is made to initiate a partial or complete restructuring and downloading of services, as we have suggested here. Certainly, Health Canada together with the National Aboriginal Health Organization, or NAHO, and the Assembly of First Nations collaboratively would have the requisite expertise to be tasked with the scan.

The Chairman: Thank you, Tarry.

Mr. Tom Macleod, Fitzroy Centre Program: Honourable senators, I cannot tell you how delighted I am to address your committee about a mental health delivery system that works. In my own case, it works so well that I often state it made my failed suicide attempt an unqualified success.

Nine years ago, I had been out of work for three years. I had exhausted my savings and was too proud to seek help. Anxiety attacks and depression had left me unemployable and without hope. My family got me to a hospital psychiatric unit. I spent the next two weeks meeting with a psychiatrist. I endured group sessions and was informed by a social worker of my right to receive social assistance since I had been a taxpayer for the 25 years I had worked in a high-stress job in the general insurance industry.

During this period, I decided to be brutally honest with myself. I did not need just a little more time to get my head screwed on straight; I needed and wanted help. It was suggested that I should apply for Canada Pension Plan disability benefits. I did not want to do this; I wanted to return to work and earn a living again. The only way I could see myself doing this was to get a lower stress job and to use better stress management techniques than I had before I landed in the mess I was currently in. These were pretty heady decisions for someone who could not understand a simple one-paragraph joke in *Reader's Digest* without going over it two or three times.

Upon discharge, I was referred to a provincial mental health clinic. Here, counselling helped and I was able to stop the two-a-month sessions after about three months. I was referred to the Fitzroy Centre, where I really began the many small steps on my journey back to mental wellness.

Fitzroy Centre is a program of the Canadian Mental Health Association, P.E.I. division. Here, members develop relationships with the staff and with their fellow members, who are considered peers or colleagues for a work-ordered day, doing the work of

La dernière réponse — sur la responsabilité d'un état des lieux des services existants — repose la question des dédoublements et les lacunes des programmes et suggère essentiellement la conservation du système en place, avec quelques aménagements. Cette réponse est incompatible avec les réponses précédentes que l'organisation a données dans cet exposé. L'état des lieux sera inévitable, toutefois, que l'on envisage de conserver le système en place ou de redistribuer et de rationaliser les ressources. Cet exercice pourrait profiter au coût des programmes en cours, sous réserve d'une base de référence qui détermine le financement à allouer s'il était décidé de restructurer et de délester les services partiellement ou totalement, comme nous l'avons laissé entendre ici. Santé Canada, l'Organisation nationale de la santé autochtones (l'ONSA) et l'Assemblée des Premières nations pourraient certainement mettre leur expertise en commun pour faire cet état des lieux.

Le président : Merci, Tarry.

M. Tom Macleod, du Centre Fitzroy : Honorables sénateurs, je me réjouis d'être venu présenter à votre comité un système de fourniture de soins en santé mentale qui fonctionne. Pour moi, ce système fonctionne si bien que je dis souvent qu'il a transformé ma tentative de suicide en réussite absolue.

Il y a neuf ans, je me suis retrouvé au chômage. Mes trois ans sans travail ont eu vite raison de mes économies, mais j'étais trop fier pour demander de l'aide. Miné par l'anxiété et par une dépression, je broyais du noir et je n'attendais plus rien de la vie. Ma famille m'a emmené au service psychiatrique de l'hôpital qui a recommandé que je sois suivi pendant deux semaines. Je suis passé par les séances de groupe, puis un travailleur social m'a informé de mon droit à recevoir une aide sociale, puisque j'avais contribué pendant mes 25 ans de dur travail dans les assurances générales.

Pendant cette période, j'ai décidé d'être brutalement honnête avec moi-même. Je n'avais pas juste besoin d'un peu plus de temps pour reprendre mes esprits. J'avais besoin d'aide et je la souhaitais. On me suggéra de faire une demande de pension d'invalidité, en vertu du Régime de pensions du Canada. Mais ce n'est pas ce que je voulais faire. Je voulais retourner travailler et gagner ma vie. Je ne pouvais arriver à mon but que par un travail moins stressant et de meilleures techniques de gestion du stress que celles qui m'avaient jeté dans la situation dans laquelle je me trouvais. C'était une très bonne décision de la part de quelqu'un qui ne pouvait comprendre un paragraphe d'une histoire drôle du *Reader's Digest* sans le relire deux ou trois fois.

À ma sortie d'hôpital, j'ai été dirigé vers une clinique de santé mentale de la province. Les deux séances de consultation mensuelles que l'on m'y a données m'ont vraiment aidé, au point que je n'en avais plus besoin après trois mois environ. J'ai alors été dirigé vers le Centre Fitzroy, où j'ai réellement entrepris mon lent retour vers mon bien-être mental.

Le Centre Fitzroy fait partie d'un programme de la section de l'Île-du-Prince-Édouard de l'Association canadienne pour la santé mentale. Là, les membres développent des relations avec le personnel et les comembres du centre. Mes comembres étaient

running the clubhouse. That is why I, as a member of Fitzroy Centre Clubhouse, have the responsibility to deliver our presentation today.

The first clubhouse, Fountain House, opened in New York City in 1948, and for nearly 30 years it remained alone in this way of working. It was a considered naive, if not radical, notion that people with mental illness could benefit by a program based on rehabilitation, community and mutually reciprocal relationships with staff.

In February 1988, the director of Mental Health for P.E.I. along with representatives from CMHA visited Fountain House. They examined the clubhouse model and concluded that, in order to provide a more comprehensive service, we should adopt it. Existing programs were integrated, and in July 1989 Fitzroy Centre Clubhouse was opened. We did not stop there. The clubhouse model has been adopted in Summerside through the Notre Dame Clubhouse and in Alberton with the West Prince Clubhouse. A recent review in Kings Country has identified the need for a clubhouse program in this area.

In March 1994, the International Centre for Clubhouse Development — ICCD — was created to serve and represent the rapidly growing and dynamic clubhouse community. Today, there are more than 300 clubhouse programs operating in 24 countries.

A clubhouse is a centre of support and encouragement for its members, who are people with mental illness. Over the years, clubhouses have demonstrated that members can live and work successfully in the community. The key to success is an environment of support, acceptance and commitment to the potential contribution and success of each individual regardless of the severity of illness. Clubhouses are places where members belong as contributing adults rather than as patients who are there to be treated.

The clubhouse also offers an array of services from which members can choose as their needs and life goals dictate. Members can take advantage of daytime programming, vocational rehabilitation, employment opportunities, housing support, case management, social and recreational programs, education support, advocacy and crisis response services.

Over the past 15 years, Fitzroy Centre's membership has quadrupled and now stands at more than 400. We have enlarged our clubhouse and our housing and employment components have increased their offerings on several occasions. We have evolved into a strong clubhouse based on ICCD standards and became in 2001 the first clubhouse accredited by the ICCD in Atlantic Canada.

My first day at Fitzroy Centre in April 1996 found me unable to do anything but timidly observe from a corner, but it was not long before I began to join in with a variety of work units. By the end of that first year, my self-esteem increased and I realized that I had the skills needed to return to work.

également mes pairs et mes collègues de travail d'un jour, pendant lequel nous étions chargé du fonctionnement du pavillon. C'est à ce titre de membre du pavillon du Centre Fitzroy que je vous présente aujourd'hui cet exposé.

Le premier pavillon, Fountain House, a ouvert ses portes à New York en 1948, et pendant environ 30 ans, il était le seul dans son genre. Il était pour l'époque naïf, voire radical, de penser que l'on pouvait soigner des malades mentaux par la réhabilitation, les relations communautaires et les relations personnelles avec le personnel soignant.

En février 1988, le directeur des Services de santé mentale de l'Île-du-Prince-Édouard s'est rendu à Fountain House avec des représentants de l'ACSM. Ils ont examiné le concept et conclu que nous pouvions l'adopter ici pour fournir des services plus complets. Les programmes en cours furent intégrés au nouveau concept et, en juillet 1989, le pavillon du Centre Fitzroy ouvrait ses portes. Nous ne sommes pas arrêtés là cependant. Le modèle du pavillon a été adopté à Summerside, avec le pavillon Notre Dame, et à Alberton, avec le pavillon West Prince. Une récente étude dans Kings Country vient de recommander la construction d'un pavillon dans la région.

En mars 1994, était créé l'International Centre for Clubhouse Development — l'ICCD — pour servir et représenter la dynamique et croissante communauté pavillonnaire. Aujourd'hui, il y a plus de 300 pavillons répartis dans 24 pays.

Les pavillons sont des centres qui offrent soutien et encouragement à leurs membres, des personnes souffrant de maladie mentale. Au cours des années, les pavillons ont fait la preuve que les membres peuvent vivre et travailler dans la collectivité. Les pavillons ont réussi grâce à leur environnement de soutien, leur reconnaissance des potentialités de chaque individu et leur engagement envers ces potentialités nonobstant la gravité de la maladie. Les pavillons sont des endroits où les membres vivent comme des adultes actifs plutôt que des patients à soigner.

Les pavillons offrent également de nombreux services dans lesquels les membres puisent en fonction de leurs besoins et de leurs objectifs. Les membres ont le choix entre les programmes du jour, la réadaptation professionnelle, la recherche d'emploi, le soutien au logement, la gestion de cas, les programmes sociaux et récréatifs, le soutien à l'éducation, la défense d'intérêts et les interventions d'urgence.

Au cours des 15 dernières années, le nombre des membres du Centre Fitzroy a quadruplé, et il est maintenant d'environ 400. Nous avons agrandi le pavillon et les services logement et emploi ont augmenté leurs offres à plusieurs occasions. Nous avons consolidé notre pavillon sur la base des normes de l'ICCD et nous sommes devenus en 2001 le premier pavillon agréé par l'ICCD au Canada atlantique.

Pendant mon premier jour au Centre Fitzroy, en avril 1996, j'ai été incapable de faire quoi que ce soit et observé timidement ce qu'il s'y faisait. Mais je me suis vite retrouvé à faire mille choses. Au bout de ma première année, mon estime de moi s'était améliorée et j'ai compris que j'étais prêt à reprendre le travail.

In May of 1997, our employment unit arranged for a wage subsidy using the opportunity fund and I began work at a local golf club. Today, Human Resources and Skills Development Canada still administers the opportunity fund, but we are no longer able to use these funds as we did when the program was first initiated. The funding available today also generates onerous amounts of paperwork.

Our clubhouse employment unit provides many supports including advocacy with employers, goal setting and planning assistance, resume preparation and job search and interview techniques. Referrals are made to outside agencies for training and skills development. Assistance is also given to help arrange for entitlements. Post-employment support is varied and often necessary.

Another portion of our employment unit provides education support. This is vital for members who had their schooling cut short. Several members and staff have Laubach literacy training and provide basic literacy tutoring on a one-on-one basis. We also teach basic computer skills. In partnership with our local community college, we provide a class for adult education/general educational development, GED, instruction. Assistance is also provided to obtain loans, scholarships and bursaries to members who wish to further their education.

This year, we negotiated our current employment assistance support — EAS — program contract with HRSDC. Although we have been providing employment supports for almost 20 years, because of changes to the EAS, negotiations for funding this year were onerous at best. EAS no longer provides for ongoing support after the member is employed. Post-employment support had been allowed under EASPD, Employment Assistance Support for Persons with a Disability. The revised program rules may be appropriate for target groups such as youth or low-income recipients, but the fact that mental illness is a disability seems to have been lost with these revisions. Post-employment support is frequently required, and the sooner the intervention, the better to maintain the work placement.

We also struggle with the following barriers to employment: threats to CPP disability benefits if earning limits are exceeded, ineligibility under most private total disability insurance policies — total means total — and cuts made to social assistance benefits after modest allowable monthly earnings are reached.

Beyond our employment programs and the relationships developed as our members participate in the clubhouse work units and start their psychosocial rehabilitation, the third component of our clubhouse is our housing unit. The ICCD standards for housing reads, in part:

En mai 1997, notre service emploi a demandé une subvention salariale dans le cadre du Fonds pour la création de possibilités économiques et j'ai commencé à travailler dans un club de golf local. Aujourd'hui, Ressources humaines et Développement des compétences Canada administre encore le Fonds pour la création de possibilités économiques, mais nous ne pouvons plus utiliser les subventions comme il était possible de le faire au début du programme, et les demandes de subventions exigent un travail administratif colossal.

Le service emploi de notre pavillon propose plusieurs ateliers sur la défense des droits des travailleurs, l'aide à la détermination des objectifs et à la planification, la préparation du curriculum vitae, la recherche d'emploi et les techniques d'entrevue. Il place également les membres dans les organismes de formation et de développement de compétences, les aide dans leurs demandes d'allocations et leur offre un soutien post-emploi.

Une partie de notre service emploi fournit un service d'aide à l'éducation. Ce service est vital pour les membres qui ne sont pas allés loin dans leur scolarité. Plusieurs membres et employés donnent des cours d'alphabétisation Laubach individualisés. Nous donnons également des cours de base en informatique. Avec le collège communautaire local, nous avons organisé un cours pour adultes en formation générale (FG). Nous aidons également ceux qui veulent poursuivre leurs études à obtenir des prêts et des bourses d'études.

Cette année, nous avons négocié le contrat des services d'aide à l'emploi — SAE — avec RHDCC. Nous offrons des services d'aide à l'emploi depuis presque 20 ans, mais à cause des modifications apportées aux SAE, nous avons encore dû batailler dur pour obtenir les subventions. L'aide à l'emploi est maintenant automatiquement suspendue dès que le membre commence à travailler. Le soutien post-emploi est accordé dans le cadre des SAEPH, les Services d'aide à l'emploi pour personnes handicapées. Les nouveaux règlements du programme sont peut-être appropriés aux groupes cibles comme les jeunes ou aux économiquement faibles, mais il semble que l'on ait oublié que la maladie mentale est un handicap. Le soutien post-emploi est souvent une nécessité, et plus vite il est accordé, meilleures sont les chances de maintenir le placement professionnel.

Nous nous battons aussi contre les barrières à l'emploi suivantes : les menaces contre les pensions d'invalidité de RPC pour dépassement du plafond de revenus, l'inadmissibilité dans la plupart des polices d'invalidité des assureurs privés — totale signifie totale — et les déductions sur les prestations sociale au-delà d'un plafond de revenus mensuels pourtant bien modestes.

Au-delà de nos programmes d'emploi et des relations que développent nos membres au fur et à mesure de leur participation au service emploi du pavillon et de leur réhabilitation psychosociale, il y a la troisième composante de notre pavillon, le service logement. Les normes en matière de logement de l'ICCD se lisent en partie ainsi :

The clubhouse is committed to securing a range of choices of safe, decent and affordable housing for all members. The clubhouse has access to housing opportunities that meet these criteria, or if unavailable, the clubhouse develops its own housing program.

Because many members face life with a limited income source due to lack of education or the ability to work in a high-pressure and stress-filled environment, the key word here is "affordable."

Over Fitzroy Centre's early years, we were able to develop several income-subsidized housing opportunities for members. This all stopped in the early 1990s when cuts to CMHC programs eliminated the resources we used so effectively to develop our housing opportunities. Today finds us with at least three times as many members seeking the same number of subsidized units as when I became a member in 1996.

I was lucky. After a two-year wait, I obtained one of our 15 community-based, rent-subsidized apartments. This is very much appreciated, especially during the winter months when I must live on Employment Insurance. Without the subsidy, my wife and I would be facing an extremely severe case of more month than money. Over the year, I estimate that our subsidy equals about one month's average income.

In addition, Fitzroy Centre operates two locations with a total of 25 apartments where subsidies are available, and a 10-bed home. Because of the proximity to our clubhouse, the residents of these can rely on additional living support from the clubhouse. Today, Fitzroy Centre has a waiting list of 50 members looking for help with their housing.

The greatest obstacle we face is not building a housing project but paying for its ongoing operation. Subsidized rents do not generate enough income to pay operating costs and support staff. A recent experience with a housing proposal left CMHA unable to secure a mortgage despite having funds in place for almost 70 per cent of the cost. Banks simply do not wish to take any risk with this type of operation. These guarantees were available when the housing was developed in the late 1980s and early 1990s. Alas, this is no longer the case.

In conclusion, a clubhouse is a place where people who have mental illness can come to rebuild their lives. They are called members, not patients. We focus on strengths, not on illness. Work in the clubhouse, whether it is clerical, data input, meal preparation or reaching out to fellow members, provides the core healing process. Every opportunity is the result of efforts of the members and staff working side by side in a unique partnership. One of the most important steps members take toward greater independence is in employment, where assistance is provided to work in the community at real jobs. Members also receive help in securing housing, advancing their education, obtaining good psychiatric and medical care and maintaining government

Le pavillon s'engage à fournir à ses membres un choix de logements variés, sécuritaires, décents et abordables. Le pavillon s'engage à rechercher tout type de logements qui respectent ces critères, mais il pourra, dans le cas de leur indisponibilité, établir son propre programme de logement.

Parce que plusieurs membres des pavillons vivent de revenus limités, en raison de leur faible instruction ou de leur incapacité à travailler dans un environnement ultra stressant et ultra contraignant, le mot clé est ici « abordable ».

Dès les premières années du Centre Fitzroy, nous avons commencé à trouver à nos membres des logements subventionnés. Mais cela s'est arrêté au début des années 1990 lorsque les programmes de la SCHL ont éliminé les ressources que nous utilisions si efficacement pour mettre en place notre programme de logement. Aujourd'hui, nous avons au moins trois fois plus de demandeurs, pour un nombre de logements subventionnés qui n'a pas changé depuis que je suis devenu membre du Centre, en 1996.

J'ai eu de la chance. Après deux ans d'attente, j'ai obtenu l'un de nos 15 appartements communautaires, des logements subventionnés. Nous apprécions cette aide comme il se doit, surtout pendant l'hiver, quand je ne touche que l'assurance-emploi. Sans cette subvention, mon épouse et moi serions à court tous les mois. Sur l'année, elle doit représenter environ un mois de revenus moyens.

De plus, le Centre Fitzroy Centre exploite deux immeubles, pour un total de 25 appartements subventionnés et un foyer de 10 lits. Comme notre pavillon n'est pas trop éloigné, les résidents des appartements et du foyer peuvent compter sur lui pour éventuellement les dépanner. Aujourd'hui, 50 membres attendent toujours d'être logés par le Centre Fitzroy.

Notre plus grand obstacle, ce n'est pas la construction d'un immeuble de logements, mais le coût de son exploitation. Les logements subventionnés ne génèrent pas suffisamment de revenus pour compenser leur coût d'exploitation et le salaire du personnel de soutien. Dans un récent projet immobilier, l'ACSM a été incapable d'obtenir un prêt hypothécaire, malgré un apport qui représentait environ 70 pour cent du coût total du projet. Les banques ne veulent tout simplement plus prendre de risque avec ce type d'opération. Les garanties existaient lorsque le logement était en plein développement à la fin des années 1980 et au début des années 1990. Ce n'est plus le cas, hélas.

Pour conclure, le pavillon est un endroit où les personnes qui souffrent de maladie mentale viennent reconstruire leur vie. Elles y sont appelées « membres », non « patients ». Nous nous concentrons sur les forces, non sur la maladie. Le travail dans le pavillon, qu'il s'agisse de tâches administratives, de saisie de données, de préparation de repas ou de soutien aux comembres, représente l'essentiel du processus de guérison. Chaque opportunité est le résultat des efforts des membres et des employés du Centre, qui avancent côte à côte dans la même direction. Le pas décisif que font les membres vers leur indépendance, c'est le pas vers l'emploi. Ils sont aidés dans leur recherche d'un véritable emploi, dans leur collectivité. Le pavillon

benefits. Membership is for life, so members can always have access to the support they need to secure their new life in the community.

Those of us with mental illness would like to be recognized as having a disability that is similar to someone with a physical disability. The clubhouse does this and advocates for us and supports us on this basis. If we are a target group, we are being overlooked, and the aim of the government needs to be refined.

The first area of improvement should be within the HRSDC and the opportunity fund. We would like to see easier access to what is allowable. Also, our EAS contract must allow for post-employment support. Now, it is much like providing a wheelchair, but telling that person they cannot use it once they become employed.

The final area of improvement must be within the Canada Mortgage and Housing Corporation. Poor housing conditions and high costs are problems that contribute to our condition. Bring back the old CMHC with resources and dedicated staff to partner with us in leading the way to social housing developments for us and for our communities.

The Chairman: Thank you, Tom.

Ms. Pat Doyle, Co-Chair, Provincial Suicide Prevention Committee: Good morning.

Prince Edward Island has an average of 16 reported suicides each year. We do not have an abnormally high suicide rate compared to the rest of the country, but when you consider the rippling effects of each one of those suicides in our close-knit island communities, the tragic and painful impact of suicide on P.E.I. is far-reaching. Studies have shown that, for every completed suicide, there are many, many more attempts. In fact, conservative estimates suggest that for every suicide, there are 40 suicide attempts. So, suicide is a serious public health issue and one that demands our attention.

Our Provincial Suicide Prevention Committee was established in 2002 as a result of a partnership between the provincial health department and the Canadian Mental Health Association, P.E.I. division. It is an interagency working group with representation from various stakeholders and regions throughout the province, including CMHA, the Department of Health — mental health and addictions — Survivors of Suicide, police services, Aboriginal groups, the Department of Education, seniors, clergy, Corrections Canada and Youth Services. By examining current data, research and best practices in suicide prevention, we developed strategies to reduce the suicide rate and to lessen the impact of suicide on P.E.I. So, today, I am presenting on behalf of this committee.

les aide également à se loger, à s'éduquer, à recevoir des soins psychiatriques et médicaux et à maintenir leurs prestations sociales. L'adhésion est à vie, et les membres pourront y trouver l'aide qui leur permettra de consolider leur vie dans leur collectivité.

Nous qui souffrons de maladie mentale, nous aimerions que l'on nous reconnaisse un handicap, comme on reconnaît un handicap physique à d'autres. Le pavillon fait cela, et il nous défend et nous soutient sur cette base. Si nous sommes un groupe cible, nous avons été ignorés, et le gouvernement devrait alors préciser ses besoins.

La première amélioration devrait venir de RHDCC et du Fonds pour la création de possibilités économiques. Nous aimerions que soit facilité l'accès à ce qui est permis. Nous aimerions également que nos contrats SAE permettent le soutien post-emploi. Dans la situation actuelle, on vous donne une chaise roulante, mais on vous interdit de l'utiliser dès que vous pouvez marcher.

La dernière amélioration devrait venir de la Société canadienne d'hypothèques et de logement. L'insuffisance et le coût élevé des logements sont des problèmes qui contribuent à notre condition. Redonnez-nous l'ancienne SCHL, ses ressources et son dévoué personnel pour qu'ensemble nous construisions l'avenir du logement social pour nous et nos collectivités.

Le président : Merci, Tom.

Mme Pat Doyle, vice-présidente, Comité provincial sur la prévention du suicide : Bonjour.

L'Île-du-Prince-Édouard connaît en moyenne 16 cas de suicides par an. Nous n'avons pas un taux de suicide anormalement élevé par rapport au reste du pays, mais si vous regardez les effets en cascade de chacun de ces suicides dans nos communautés insulaires compactes, l'impact tragique et douloureux du suicide à l'Île-du-Prince-Édouard est lourd de conséquences. Les études montrent que chaque suicide réussi cache en fait de nombreuses tentatives. En fait, les estimations prudentes font état de 40 tentatives de suicide pour chaque suicide réussi. Par conséquent, le suicide est un problème de santé publique grave, qui demande toute notre attention.

Le Comité provincial sur la prévention du suicide a été créé en 2002, à la suite d'un partenariat entre le ministère de la santé provincial et la section de l'Île-du-Prince-Édouard de l'Association canadienne pour la santé mentale. Il s'agit d'un groupe de travail inter-organismes dont les membres représentent différents intervenants et différentes régions de la province, dont l'ACSM, le ministère de la Santé — Santé mentale et lutte contre les dépendances —, les Survivants du suicide, les services de police, les groupes autochtones, le ministère de l'Éducation, les aînés, le clergé, Corrections Canada et Service jeunesse Canada. En examinant les données actuelles sur la prévention du suicide, les recherches et les pratiques exemplaires dans le domaine, nous avons développé des stratégies qui réduisent le taux de suicide et l'impact du suicide à l'Île-du-Prince-Édouard. Je me présente aujourd'hui devant vous au nom de ce comité.

Initially, I will just respond to Senator Kirby's interim report, the questions that relate to suicide, and then I will tell you a little bit about what we are doing here on P.E.I.

With over 4,000 Canadians dying by suicide each year, our Provincial Suicide Prevention Committee believes that a national suicide prevention strategy is an essential component to Canada's national strategy for mental health and addictions.

There are a number of groups that should be involved in developing a national suicide prevention strategy for Canada. As you are aware, the Canadian Association for Suicide Prevention, CASP, has launched a blueprint for a national suicide prevention strategy. Our provincial committee supports CASP's blueprint and its outlined goals and objectives. I am assuming that you have copies of CASP's blueprint.

CASP, with its blueprint, along with the federal government, that is, Health Canada, and other pertinent research groups should take a leadership role in the development of a national suicide prevention strategy. Additional input should be sought from representatives from all provincial/territorial health departments, provincial suicide prevention groups/committees, special interest groups, such as Survivors of Suicide and Aboriginal groups, NGOs such as the Canadian Mental Health Association, and collaborative, intersectoral groups such as the Canadian Alliance for Mental Health and Mental Illness.

Using CASP's blueprint as a framework, a national suicide prevention strategy should include programs and activities that address the full spectrum of suicide, looking at prevention, intervention and "postvention" strategies. Canada should have one national suicide prevention strategy with dollars attached that would be transferred to provinces and territories for suicide prevention programs and activities in that region. The strategy should provide guidelines and/or parameters for the provinces/territories to work within, with built-in flexibility for regions and/or diverse cultural groups to respond to their own unique needs and issues relating to suicide and suicide prevention.

A national suicide prevention strategy should be federally funded using what Dr. Pranger had termed as "ring fencing" — that is, a private, protected envelope. Funding should be transferred to the provinces/territories in such a way that they would be accountable to the goals and objectives outlined in Canada's national suicide prevention strategy.

In terms of suicide prevention and what we have been working on in the last five years, probably the cornerstone or even the catalyst for a number of the things that we have been doing in P.E.I. is our Signals of Suicide program. Suicide is the second leading cause of death for youth in Canada, with 10 per cent of all

Je répondrai pour commencer au rapport provisoire du sénateur Kirby et aux questions sur le suicide, et je vous parlerai ensuite un peu de ce que nous faisons ici, à l'Île-du-Prince-Édouard.

Comme plus de 4 000 Canadiens se suicident chaque année, notre Comité provincial sur la prévention du suicide croit qu'une stratégie de prévention du suicide est une composante essentielle de la stratégie nationale du Canada en matière de santé mentale et de toxicomanie.

De nombreux groupes devraient participer à l'élaboration d'une stratégie nationale de prévention du suicide au Canada. Comme vous le savez, l'Association canadienne sur la prévention du suicide, l'ACPS, a mis de l'avant un plan directeur pour une stratégie nationale de prévention du suicide. Notre comité provincial appuie le plan directeur de l'ACPS, ainsi que les buts et objectifs définis pour ce plan. Je suppose que vous avez des exemplaires du plan directeur de l'ACPS.

L'ACPS, avec son plan directeur, et le gouvernement fédéral, Santé Canada plus précisément, ainsi que d'autres groupes de recherche pertinents, devraient assumer un rôle de direction dans l'élaboration d'une stratégie nationale de prévention du suicide. Des représentants de tous les ministères de la Santé provinciaux/territoriaux, des groupes/comités provinciaux de prévention du suicide, des groupes d'intérêt spéciaux comme les Survivors of Suicide et les groupes autochtones, des ONG comme l'Association canadienne pour la santé mentale et des groupes intersectoriels comme l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale devraient de plus être invités à apporter leur contribution.

À l'aide du plan directeur de l'ACPS comme cadre de travail, une stratégie nationale de prévention du suicide devrait inclure des programmes et des activités visant tous les aspects de la problématique du suicide, et porter sur des stratégies de prévention, d'intervention et de « postvention ». Le Canada devrait avoir une seule stratégie nationale de prévention du suicide dont le financement serait transféré aux provinces et aux territoires pour les programmes et les activités de prévention du suicide dans ces régions. La stratégie devrait fournir des lignes directrices et des paramètres dans le cadre desquels les provinces/territoires travailleraient, et offrir la flexibilité requise pour que les régions et/ou les divers groupes culturels répondent à leurs besoins et leurs problèmes propres, en matière de suicide et de prévention du suicide.

Une stratégie nationale de prévention du suicide devrait être financée par des fonds fédéraux au moyen de ce que Dr. Pranger a appelé un « budget étanche », c'est-à-dire une enveloppe privée protégée. Les fonds devraient être transférés aux provinces/territoires de telle façon que ceux-ci aient à répondre des buts et objectifs définis par la stratégie nationale de prévention du suicide du Canada.

Du point de vue de la prévention du suicide et de ce sur quoi nous avons travaillé au cours des cinq dernières années, notre programme Signals of suicide est probablement la pierre d'angle et même le catalyseur d'un certain nombre d'initiatives lancées à l'Î.-P.-É. Le suicide est la deuxième plus importante cause de

suicides completed by young people aged 14 to 19 years. Studies have also shown that school-based suicide prevention programs are one of the key elements in reducing suicidal behaviours among youth. They give young people permission to talk about suicide in a safe and respectful way; they provide an opportunity to dispel some of the myths that surround suicide; and they teach students about warning signs and how to seek help for themselves and their peers when they are in distress. This past year and for the last five, going on six, years, I visited every grade 9 classroom in the province, delivering this very important program to over 2,000 students each year. Response to the program continues to be positive both from students and teachers and administrators that also sit in on the program. I work very closely with the school counsellors in the school system to deliver the program. We do parent information sessions as well. Responses continue to be very positive and it is now considered a recommended resource for talking about suicide in the classroom by the Department of Education. They have recommended it.

This program, originally called "Choices" and produced by the Vancouver Crisis Centre, needs to be updated based on current research; as well, the program needs to be readily received by its targeted age group, which is youth. As we know, youth are very influenced by trends and fashion. Remember, the video for this program was made when the targeted group of 14-year-olds were three, so fashions have changed considerably. It does not change the message that the program is delivering, but it certainly changes their ability to absorb it.

In terms of our World Suicide Prevention Day, these are more prevention activities that we are working on.

The Chairman: Because of time constraints, why do you not hit maybe a couple more that are the big ones and then we will come back and ask you detailed questions.

Ms. Doyle: Well, the big thing, I guess, would have to be funding. As you can see, issue after issue tends to come down to funding. You are aware of some of the issues around our Island Helpline. We now have crisis response teams in the hospitals, but there is certainly limited access in terms of the time of day, the hours, they are available, and it is not mobile. We do conduct suicide intervention for community caregivers, but it is not mandated for particular groups that would have a role to play in intervening, such as police services, and mental health and addictions workers. They are not mandated to have that type of training. I am not suggesting that it should be applied suicide intervention skills training, ASIST, a particular model created by Living Works, but some form of suicide intervention training. What often gets delivered to police officers are suicide awareness

mortalité chez les jeunes au Canada, 10 pour 100 de tous les suicides étant commis par les jeunes de 14 à 19 ans. Des études ont également démontré que les programmes de prévention du suicide dispensés en classe sont un des éléments clés de la réduction des comportements suicidaires chez les jeunes. Ces programmes donnent aux jeunes la permission de parler du suicide d'une façon sûre et respectueuse, ils donnent la possibilité de dissiper certains des mythes qui entourent le suicide, et ils apprennent aux élèves à reconnaître les signes avertisseurs et à chercher de l'aide pour eux-mêmes et pour leurs camarades lorsqu'ils sont en détresse. Cette dernière année, comme au cours des cinq, et maintenant presque six, dernières années, j'ai visité toutes les classes de 9^e année de la province, faisant profiter de ce très important programme plus de 2 000 élèves chaque année. La réponse au programme continue à être positive tant de la part des élèves que des enseignants et des administrateurs, qui assistent également aux séances. Je collabore très étroitement avec les conseillers pédagogiques du réseau scolaire, dans la prestation du programme. Nous tenons également des séances d'information à l'intention des parents. Les réactions continuent à être très positives et le ministère de l'Éducation considère maintenant le programme comme une ressource recommandée pour parler du suicide en classe.

Ce programme, qui s'appelait à l'origine « Choices » et était produit par le Centre de crise de Vancouver, doit être mis à jour en fonction des résultats des travaux de recherche. Le programme doit également être bien reçu du groupe d'âge visé, c'est-à-dire les jeunes. Comme vous le savez, les jeunes sont très influencés par la mode et les dernières tendances. La bande vidéo pour ce programme a été réalisée lorsque les 14 ans, qui sont le groupe cible du programme, avaient trois ans. La mode a changé considérablement depuis. Elle ne modifie pas le message que le programme véhicule, mais elle change certainement leur capacité à l'absorber.

Par rapport à la Journée mondiale de la prévention du suicide, nous travaillons sur un certain nombre d'activités de prévention additionnelles.

Le président : En raison des contraintes de temps, vous devriez peut-être mentionner quelques-uns des points les plus importants et nous vous poserons ensuite des questions détaillées.

Mme Doyle : Eh bien, je suppose que le point le plus important est le financement. Comme vous pouvez le constater, nous en arrivons toujours à la question du financement. Vous connaissez certains des problèmes liés à notre programme Island Helpline. Nous avons maintenant des équipes de crise dans les hôpitaux, mais l'accès est certainement limité pour ce qui est du moment de la journée et du nombre d'heures où les équipes sont disponibles, et ces conditions ne peuvent pas être changées. Nous dispensons de la formation sur les techniques d'intervention en cas de suicide aux aidants communautaires, mais cette formation n'est pas obligatoire pour les groupes qui auraient un rôle à jouer en matière d'intervention, comme les services de police et les intervenants en santé mentale et en toxicomanie. Ils ne sont pas obligés de suivre ce type de formation. Je ne veux pas suggérer

sessions, looking at warning signs. It does not teach intervention skills, which are necessary and specific skills to help someone in distress or acute psychiatric crisis.

I wanted to refer to our "Helping Tree" — because a question was asked earlier today about having community groups or professionals aware of the services that are involved. That would be included with your package there. It is a user-friendly tool. It is distributed to all health care professionals, doctors. Every doctor and police officer in the province has one of these. They are available in health information centres and available to the general public at our CMHA offices.

Again, we have no stable funding source. Our suicide prevention program is funded by the United Way, the provincial government and our annual golf classic, which is happening as we speak. They will be teeing off in 20 minutes. For such an important program area to have to rely on fundraising activities — I think there is something wrong there.

In terms of "postvention," experience tells us that suicidal people are going to exist and suicide is going to happen despite the prevention efforts that we have in place, so that is why "postvention" or after care is so important. Supports for survivors can in many cases lessen the impact, and, in a sense, "postvention" support is suicide prevention because it can avert future crisis and distress.

One of the projects that our Provincial Suicide Prevention Committee is involved and, in fact, is one of our major projects right now is a grief brochure that is going to be available in funeral homes, emergency departments, areas where survivors can get information after the fact as to where they can get help and support in those early stages after such a tragic occurrence. We also have a survivors of suicide self-help kit. Again, we have to be frugal with the resources that we have. It is much cheaper to have this brochure widely distributed as to where to get the information and then to have this kit available, a cost of 20 cents versus \$6. So, we are making strides to use the resources that we have in the best and most economical way.

We have an adult survivors of suicide self-help group. It along with all the "postvention" supports is reliant on private donations. There are no funds allocated for resources such as these, with the exception of our CMHA resource library, which is funded through our consumer and family supports program. In addition, there is not a coordinated response for families and

qu'ils devraient suivre la formation ASIST, un modèle créé par Living Works, mais une forme quelconque de formation aux techniques d'intervention. Les séances de sensibilisation au suicide, d'évaluation des signes avertisseurs, sont le genre de formation qui est souvent dispensée aux policiers. Ces séances de formation n'enseignent pas les techniques d'intervention, qui sont des techniques nécessaires pour aider une personne en détresse ou en crise psychiatrique aiguë.

Je voulais mentionner notre « arbre d'aide » — parce que quelqu'un a posé une question plus tôt aujourd'hui sur la sensibilisation des groupes communautaires ou des professionnels à ces services. Il est inclus dans la documentation qui vous a été remise. Il s'agit d'un outil convivial qui est distribué à tous les professionnels des soins de santé et médecins. Chaque médecin et policier de la province en possède un. Les « arbres d'aide » sont disponibles dans les centres d'information sur la santé ainsi qu'à nos bureaux de l'ACSM pour le grand public.

Encore une fois, nous n'avons aucune source stable de financement. Notre programme de prévention du suicide est financé par Centraide, le gouvernement provincial et notre tournoi de golf annuel, qui se déroule en ce moment même. Les participants prendront le départ dans 20 minutes. Pour qu'un programme aussi important doive compter sur des activités de levée de fonds — je pense qu'il y a quelque chose qui ne va pas.

En matière de « postvention », l'expérience nous enseigne que les personnes suicidaires vont continuer à exister et que les suicides vont continuer à se produire malgré les efforts de prévention que nous avons mis en place, c'est pourquoi la « postvention » ou les soins a posteriori sont si importants. L'aide apportée aux survivants peut dans de nombreux cas réduire l'incidence sur ces derniers. Dans un sens, le soutien a posteriori est de la prévention parce qu'il peut éviter les crises et la détresse futures.

Un des projets auxquels notre Comité provincial sur la prévention du suicide participe, et en fait un de nos principaux projets actuellement, est l'élaboration d'une brochure sur le deuil qui sera disponible dans les salons funéraires, les urgences des hôpitaux, les lieux où les survivants peuvent se renseigner sur les endroits où ils peuvent obtenir de l'aide et du soutien dans les premiers temps après un événement aussi tragique. Nous avons également une trousse d'auto-assistance à l'intention des survivants d'un suicide. Encore une fois, nous devons faire preuve de frugalité dans l'utilisation des ressources que nous avons. Il est beaucoup plus économique de faire distribuer cette brochure à grande échelle que de dire où obtenir l'information et de remettre cette trousse. Il en coûte 20 cents pour la première option et 6 \$ pour la seconde. Nous essayons donc d'utiliser les ressources que nous avons de la façon la plus économique et efficace qui soit.

Nous avons un groupe d'auto-assistance pour les survivants adultes. Comme tous les soutiens de « postvention », ce groupe dépend de dons privés. Aucune allocation de fonds n'est consentie pour des ressources de ce type, à l'exception de la bibliothèque de ressources de l'ACSM, qui est financée par l'intermédiaire de notre programme de soutien aux familles et aux consommateurs.

communities after a suicide has taken place. There are number of survivor outreach models that we would like to explore, but, again, the issue is lack of funding.

I am just going to jump right down to the bullet points. Again, stigma is an issue when it is attached to help-seeking behaviour. We can all work towards overcoming those barriers. As a society, we need to raise awareness about the issue of suicide. It is still in the closet, like many other issues around mental health. Caregivers and professionals need to learn effective intervention responses to suicidal crises and encourage coordinated responses among community agencies. I am assuming you are familiar with the New Brunswick report that certainly highlighted some of those key points in terms of addictions and mental health working together. Governments need to make mental illness a priority.

I thank you for visiting here. I think your visit to P.E.I. and to all regions across Canada is a fine indication that you are taking this issue seriously and making it a priority.

Finally, decisions makers can support a national strategy for mental illness and addictions that includes a national suicide prevention strategy.

The Chairman: Thank you.

Ms. Bonnie Arnold, Canadian Mental Health Association of Prince Edward Island: Good morning, senators and staff. I am a mother of a son who suffers from disorganized schizophrenia and with a mood disorder as well.

Our son, who was a high achiever in academics and sports from high school, was suddenly stricken with this illness in his first months as a student at Mount Allison University in New Brunswick. He was 18 years old at the time.

For the past nine years, his illness has taken him and our family on a very severe and traumatic rollercoaster ride with many long hospital admissions along the way. Like most families, we were in total disbelief and denial and felt that he was experiencing "growing pains." Our first reaction was, "What have we done to cause this to our son?" We were in shock. "Who do we turn to?"

I turned to the founder of the Schizophrenia Society on P.E.I., Mary Sage. She was my lifeline and my information source. From there, I attended meetings to educate myself and my family and to reach out for the much-needed support that I required.

Over the years, I have become involved with a number of organizations and committees and have helped develop a family education pamphlet for the public. One of the initiatives that I

En outre, il n'existe pas de réponse concertée pour les familles et les communautés, à la suite d'un suicide. Il y a un certain nombre de modèles d'extension des services aux survivants que nous aimerions explorer mais, encore une fois, le problème est le manque de fonds.

Je vais sauter directement aux points principaux. Encore maintenant, la recherche d'aide est vue comme quelque chose de honteux. Nous pouvons tous travailler ensemble à vaincre ces obstacles. En tant que société, nous devons accroître la sensibilisation à la question du suicide. Cette question est encore un objet de honte, comme de nombreuses autres questions touchant la santé mentale. Les aidants et les professionnels doivent se former aux méthodes d'intervention efficaces en cas de crise suicidaire et encourager la réaction concertée des agences communautaires. Je suppose que vous êtes familiers avec le rapport du Nouveau-Brunswick qui a souligné certains de ces points clés du point de vue du lien entre les toxicomanies et la santé mentale. Les gouvernements doivent faire de la maladie mentale une priorité.

Je vous remercie de votre visite. Je pense que votre visite à l'Île-du-Prince-Édouard et dans toutes les régions du pays est une indication que vous prenez cette question au sérieux et que vous en faites une priorité.

Enfin, les décideurs peuvent soutenir une stratégie nationale en matière de maladie mentale et de toxicomanie qui inclut une stratégie nationale de prévention du suicide.

Le président : Merci.

Mme Bonnie Arnold, Association canadienne pour la santé mentale, section Île-du-Prince-Édouard : Bonjour, Le sénateurs et membres du personnel. Je suis la mère d'un jeune homme qui souffre de schizophrénie désorganisée et de troubles de l'humeur.

Notre fils, qui était un élève et un athlète exceptionnels pendant ses études secondaires, a soudainement été frappé par cette maladie quelques mois après avoir commencé ses études à l'Université Mount Allison, au Nouveau-Brunswick. Il avait 18 ans à l'époque.

Pendant les neuf dernières années, sa maladie a fait vivre à mon fils et à notre famille un très difficile et éprouvant parcours parsemé de nombreuses hospitalisations. Comme la plupart des familles, nous refusions totalement de voir la vérité et pensions qu'il vivait une « crise de croissance ». Notre première réaction a été de nous demander ce que nous avions fait pour causer ceci à notre garçon. Nous étions en état de choc. « Vers qui allons-nous nous tourner? »

Je me suis tournée vers la fondatrice de la Société de schizophrénie de l'Î.-P.-É., Mary Sage. Elle a été ma bouée de sauvetage et ma source d'information. À partir de ce point, j'ai assisté à des réunions pour m'informer et informer ma famille, et pour obtenir le soutien dont j'avais le plus grand besoin.

Au cours des années, j'ai collaboré à un certain nombre d'organisations et de comités, et j'ai aidé à la préparation d'une brochure d'éducation familiale à l'intention du public. Le Groupe

have become involved in recently is the Support Needs Working Group, for whom I am speaking on behalf today.

I feel very fortunate to have been involved with many excellent health care providers who want to see change for the better for people who suffer from mental illness. I also appreciate this opportunity to present to the Senate committee and to share the P.E.I. experience with the Support Needs Project and how it relates to the ongoing needs of people with mental illness. Public speaking is not one of my strengths, but I felt the need to be here today.

While the main focus of this presentation is on the needs of individuals with mental illness, I think it is also important to point out that mental health and mental wellness is an issue of concern for all Canadians. No longer should we view people's mental health as being separated into two camps, with some people being considered normal and those with mental illness considered to be abnormal. Today, mental wellness is best viewed as being a continuum. A person with a mental illness with appropriate supports, such as housing, medication, counselling, family and friends who care, can be a fully functioning member of society and be well. On the other hand, someone who has never had a mental illness but who has experienced a traumatic event in their life can be very mentally unwell. No matter what our predisposition is, it is important that everyone strive for a positive degree of mental wellness and balance in their lives. Everyone, including people with mental illness, has the capacity to manage their mental health.

As I mentioned, I am currently involved with the P.E.I. Support Needs Working Group. This working group originated from a province-wide study the Department of Health and Social Services contracted the Canadian Mental Health Association, Prince Edward Island division, to do. The completed support needs report, *Pain, Perseverance & Passion*, was delivered to the Department in March 2004. It was based on the belief that individuals who experience serious mental illness have unique support needs that were not being addressed through existing programs.

From the beginning, the research and methods of collecting the information for the report involved the consumers, families, service providers and policy makers from across P.E.I. An advisory committee helped to guide the researchers in collecting the information. The data was collected through questionnaires, focus groups and written submissions. Over 400 questionnaires were sent to front-line mental health workers, mental health managers, non-government mental health organizations, family physicians and psychiatrists across the province. As well, 10 focus groups were held across the province, five made up entirely of

de travail sur les besoins de soutien (Support Needs Working Group), au nom duquel je m'adresse à vous aujourd'hui, est une des initiatives récentes auxquelles j'ai collaboré.

Je m'estime privilégiée d'avoir pu travailler avec nombre d'excellents professionnels des soins de santé qui veulent voir les choses changer pour le mieux, pour les personnes qui souffrent de maladie mentale. J'apprécie également l'occasion qui m'est offerte de m'adresser au comité du Sénat, et de partager l'expérience vécue à l'Île-du-Prince-Édouard avec le projet Support Needs et comment ce projet répond aux besoins des personnes atteintes de maladie mentale. L'art de parler en public n'est pas un de mes points forts, mais je sentais le besoin d'être ici aujourd'hui.

Si mon exposé est surtout axé sur les besoins des personnes atteintes de maladie mentale, je crois qu'il est également important de souligner que la santé mentale et le mieux-être mental sont des questions qui intéressent tous les Canadiens. Nous ne devrions plus séparer les personnes en deux camps, certaines personnes étant considérées comme normales et celles qui sont atteintes de maladie mentale étant considérées comme anormales. Aujourd'hui, nous savons que le mieux-être mental doit être vu comme un continuum. Une personne atteinte de maladie mentale qui bénéficie des appuis appropriés en matière de logement, de médication et de counselling, et qui a une famille et des amis aimants, peut être un membre à part entière de la société et être bien. D'autre part, quelqu'un qui n'a jamais eu de maladie mentale, mais qui a vécu un événement traumatisant au cours de sa vie peut être en très mauvaise santé mentale. Quelle que soit notre prédisposition, il est important que chacun vise un degré positif de mieux-être mental et d'équilibre dans sa vie. Tout un chacun, y compris les personnes atteintes de maladie mentale, a la capacité de gérer sa santé mentale.

Comme je l'ai mentionné, je collabore actuellement aux travaux du Groupe de travail sur les besoins de soutien de l'Î.-P.-É. Ce groupe de travail a été formé à la suite d'une étude menée à la grandeur de la province par l'Association canadienne pour la santé mentale, division de l'Île-du-Prince-Édouard, à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux. Le rapport final de l'étude, intitulé *Pain, Perseverance & Passion*, a été remis au ministère en mars 2004. Le rapport était fondé sur la conviction que les personnes atteintes de maladie mentale grave ont des besoins de soutien uniques qui n'étaient pas comblés par les programmes existants.

Dès le début, la recherche et les méthodes de collecte de l'information pour le rapport ont fait appel aux consommateurs, aux familles, aux fournisseurs de service et aux décideurs de l'ensemble de l'Île-du-Prince-Édouard. Un comité consultatif a aidé à guider les chercheurs dans la collecte de l'information. Les données ont été recueillies au moyen de questionnaires, de groupes de discussion et de mémoires. Plus de 400 questionnaires ont été envoyés à des travailleurs de première ligne, des gestionnaires et des organismes non gouvernementaux en santé mentale, des médecins de famille et des psychiatres de toutes les

consumers and five comprised of family members. My husband and I participated in the family group held in Charlottetown.

The focus groups turned out to be much more than a response to a number of questions. They were very revealing events, both for the researchers and for those who participated. For example, one consumer's statement, "I want to be what I used to be...", captured the basic need that was heard consistently across the province. People with mental illness want to be contributing citizens. They want to be valued and respected. Consumers want to have a satisfactory quality of life, to be able to participate in and understand their illness. They want to reclaim their lives, that is, to be what they used to be.

To achieve this, effective and appropriate supports need to be both available and accessible. When one key support is left out or does not meet a person's need, a domino effect can take place, resulting in illness, hospitalization and major setbacks. I know this all too well. These setbacks do not only affect the person with mental illness, but affect us as families and communities, not to mention the impact on the economy of lost earnings to the individual, increased cost to businesses and increased health care costs overall.

The support needs report identified 29 separate issues, which were divided into the following 10 categories and are listed in order of ratings: service needs, such as counselling, psychiatrist, hospitalizations, et cetera; education about mental health for consumers and families service; income support needs; medication; transportation; employment; housing; home care; formal education for consumers who wish to continue with high school and university; and dental care.

While the purpose of this report was to identify gaps in supports, it also highlighted a number of success stories on P.E.I. programs and activities that are currently doing a great job of supporting individuals with mental illness. Examples are the Canadian Mental Health Association's clubhouse programs, the regional assertive outreach teams — which our son has been involved in and which has been a godsend — the Journey of Hope program. Incidentally, I have taken the Journey of Hope program, and in terms of education and resource, it is another wonderful thing for family members. Other examples include the crisis response teams and the self-help that people coping with mental illness offer each other. These supports can be used as building blocks to further improve existing services. I especially want to point out the wonderful quality of staff who work in mental health on P.E.I., particularly those at the Hillsborough Hospital, in Unit 9, and Queen Elizabeth Hospital, including the doctors and the nursing staff down to the cleaning staff and the

régions de la province. Dix groupes de discussions ont également été tenus dans les diverses régions, cinq étant entièrement composés de consommateurs et cinq étant composés de familles. Mon mari et moi-même avons participé au groupe familial tenu à Charlottetown.

Les groupes de discussion se sont révélés être beaucoup plus qu'une façon d'obtenir une réponse à un certain nombre de questions. Ils ont été des événements très révélateurs, tant pour les chercheurs que pour les participants. Par exemple, la déclaration d'un consommateur, « Je voulais être qui j'avais l'habitude d'être... », capturait l'essence du besoin de base qui était exprimé dans toute la province. Les personnes atteintes de maladie mentale veulent être des citoyens à part entière. Elles veulent être estimées et respectées. Les consommateurs veulent avoir une qualité de vie satisfaisante, participer au traitement de leur maladie et la comprendre. Ils veulent récupérer leur vie, c'est-à-dire être qui ils étaient.

Pour y parvenir, des soutiens efficaces et appropriés doivent être disponibles et accessibles. Lorsqu'un soutien clé est laissé de côté ou ne répond pas aux besoins d'une personne, une réaction en chaîne peut s'ensuivre et mener à la maladie, à l'hospitalisation et à des reculs majeurs. Je connais trop bien le processus. Ces reculs n'affectent pas seulement la personne atteinte, mais nous affectent en tant que familles et en tant que communautés, sans mentionner l'incidence sur l'économie résultant de la perte de rémunération de la personne malade, le coût accru pour les entreprises et l'augmentation du coût des soins de santé en général.

Le rapport sur les besoins de soutien a identifié 29 questions différentes, qui ont été divisées dans les dix catégories suivantes, énumérées par ordre décroissant d'importance : services, comme counselling, psychiatre, hospitalisations, et cetera.; éducation sur la santé mentale pour les consommateurs et les familles; soutien du revenu; médication; transport; emploi; logement; soins à domicile; soutien aux études pour les consommateurs qui veulent poursuivre leurs études secondaires et universitaires; et soins dentaires.

Si le but du rapport était de déterminer les lacunes dans le soutien prodigué, il a également souligné la réussite d'un certain nombre de programmes et d'activités en place à l'Î.-P.-É., qui font du très bon travail en matière de soutien aux personnes atteintes de maladie mentale. Citons à titre d'exemple les programmes de club de l'Association canadienne pour la santé mentale, les équipes régionales d'extension des services — dont notre fils a bénéficié et qui ont été une bénédiction — le programme Journey of Hope. Incidemment, j'ai suivi le programme Journey of Hope. Du point de vue éducation et ressources, c'est un merveilleux outil pour les familles. Les autres exemples incluent les équipes de crise et l'aide mutuelle que s'apportent les personnes aux prises avec la maladie mentale. Ces soutiens peuvent servir de base en vue de l'amélioration des services existants. Je tiens en particulier à souligner la merveilleuse qualité du personnel qui travaille en santé mentale à l'Î.-P.-É., en particulier le personnel de l'unité 9 de l'Hôpital Hillsborough, et le personnel de l'Hôpital Queen

kitchen staff. They all play such a very important part for the patient that is there at the hospital. It is this kind of wonderful support that goes a long way in helping patients become better.

We were very pleased that, after the completion of the report, the Department of Health and Social Services chose to make the report public. The report received the support of the Minister of Health, and in October 2004 the Support Needs Working Group was established with a mandate to review the issues raised in the report and make recommendations to address them. I have with me a number of copies of the report, which I would like to make available to your committee.

One of the first tasks of the working committee was to prioritize the issues, discuss and research options and develop recommendations. Our working group was divided into five subgroups to tackle better each of the topic areas. The top issues we began with include housing, access to psychiatrists, increasing consumer and family involvement, costs of medication, and stigma reduction.

I am pleased to be part of the housing and the consumer and family subcommittees. For me personally, among the issues raised is the lack of age-appropriate housing — and it is a major concern with our family. For example, placing a young man like my son in a group home environment with 13 or more other residents ranging in age from 20 to 70-plus with no programs such as life skills and untrained staff is totally inappropriate. I believe the best opportunity for our son to achieve wellness is in a smaller group home setting with 24-hour supervision by trained staff and with programs that promote confidence, self-esteem and a sense of well-being, with the goal of independent living. This is not currently available on P.E.I.

While I am speaking about housing, another concern that has come up at the working group level is the fact that subsidized housing programs that were once supported by the federal government no longer exist. It is true that new money has been made available to assist in building housing, but it is impossible for agencies to be able to make the rents affordable to the tenants, who are often single with low income, and also be able to offer appropriate programs.

The recommendations that the working group have come up with are still a work in progress, and they hope to present the final recommendations by October of this year. Following that, the group will begin to address the remaining five key areas.

One important reality that the working group faces is that the recommendations to address the supports needs will be made at a time when fiscal restraint is the order of the day for the Government of Prince Edward Island. Another point is that

Elizabeth, y compris les médecins et le personnel infirmier jusqu'au personnel d'entretien et au personnel de la cuisine. Ils jouent tous un rôle tellement important pour le patient qui est à l'hôpital. C'est ce type de soutien extraordinaire qui fait beaucoup pour aider les patients à prendre du mieux.

Nous avons été très heureux que le ministère de la Santé et des Services sociaux ait décidé de rendre le rapport public. Le rapport a reçu le soutien du ministre de la Santé, et le Groupe de travail sur les besoins de soutien a été établi en octobre 2004 avec le mandat d'examiner les points soulevés dans le rapport et de faire des recommandations en vue de solutions possibles. J'ai avec moi un certain nombre d'exemplaires du rapport, que j'aimerais mettre à la disposition de votre comité.

Une des premières tâches du groupe de travail était d'établir l'ordre de priorité des différents problèmes soulevés, de chercher des options et d'en discuter, et d'élaborer des recommandations. Notre groupe de travail était divisé en cinq sous-groupes pour mieux s'attaquer à chacune des catégories identifiées. Les questions par lesquelles nous avons commencé incluaient le logement, l'accès à des psychiatres, une participation accrue des consommateurs et des familles, le coût des médicaments et la réduction du stigmate.

Il me fait plaisir de faire partie du sous-comité du logement et du sous-comité des consommateurs et des familles. Une des questions qui me tient personnellement à cœur est le manque de logements appropriés à l'âge des patients — un point qui préoccupe particulièrement notre famille. Par exemple, placer un jeune homme comme mon fils dans une maison de groupe avec 13 patients ou plus âgés de 20 à plus de 70 ans sans programmes de préparation et sans personnel formé est totalement non approprié. Je crois que la meilleure façon pour notre fils de parvenir au mieux-être est d'habiter dans une maison abritant un groupe plus petit où une supervision est assurée 24 heures sur 24 par du personnel formé et où des programmes sont offerts pour construire la confiance, l'estime de soi et un sens de mieux-être, dans le but de rendre les patients autonomes. Ce genre de maison n'est actuellement pas disponible à l'Î.-P.-É.

Sur le sujet du logement, un autre point qui a été porté à l'attention du groupe de travail est le fait que les programmes de logements subventionnés qui étaient autrefois soutenus par le gouvernement fédéral n'existent plus. Il est vrai que de nouveaux fonds ont été débloqués pour aider à la construction de logements, mais il est impossible pour les agences de rendre les loyers abordables pour les locataires, qui sont souvent des célibataires à faible revenu, et d'offrir en même temps des programmes appropriés.

La formulation des recommandations par le groupe de travail n'est pas encore terminée, et le groupe prévoit soumettre ses recommandations finales en octobre de cette année. Par la suite, le groupe s'attellera aux cinq points clés restants.

Une réalité importante à laquelle fait face le groupe de travail est le fait que les recommandations sur les besoins de soutien seront faites à un moment où la limitation des dépenses est à l'ordre du jour pour le gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard.

federally, the Romano report tied funding for mental health issues to home care. However, home care has a very different interpretation from province to province. We believe it is critical that the federally transferred funds must be sufficiently flexible that they can be used in the most creative and effective ways to best deliver mental health services to P.E.I. and not be tied to one type of service.

While a number of the Support Needs Working Group recommendations may be implemented with few or no new dollars, a renewed and stronger commitment from both the federal and provincial governments to work in partnership with community entities to increase the available funds will be required to move in a direction that will improve services in a meaningful way. We strongly believe that we must continue to think differently and work differently to effectively improve supports for people who live with mental illness and allow them the opportunity to “be what they used to be”.

I just have another little comment here. This finishes the presentation of the Supports Needs Working Group. However, in discussing this presentation that I was to make today with my son, John, he asked that I present the following questions to you — and I am quoting my son. He wanted me to pass this one. He just said, “The doctors and staff have an extremely demanding and challenging job, which can be very dangerous to themselves.” He means life-threatening. He feels they do not receive the respect and recognition they deserve and work in a building that is neglected and forgotten — and here I am speaking of the Hillsborough Hospital. That is our main facility in P.E.I. for people suffering from mental illness. Again, I am quoting my son, and this brought tear to my eyes because he sees something good in what happened to him. “The positive and the beauty of it all is that when mentally ill people can find a balance to their life and maintain it through friendships with others that have similar problems, in therapy, medication, family, perseverance, our lives are better for it because it makes us strong enough to face life and give meaning to it.” He then looked me in the eye, and he said, “Mum, do you think these people can make a difference?”

So, with that, on my own behalf and that of the Support Needs Working Group, thank you for listening to my comments. With your commitment, we look forward to seeing new interest and support for this much-neglected health concern. We, as Prince Edward Islanders, would certainly support this Senate committee in your efforts to establish a national strategy for mental health. Thank you.

The Chairman: Thank you, Bonnie, and thank your son for his comments.

Ms. Arnold: I will.

Un autre point est qu’au niveau fédéral, le rapport Romanow a lié le financement pour la santé mentale à la question des soins à domicile. Le terme « soins à domicile » a un sens très différent d’une province à une autre. Nous croyons qu’il est essentiel que le financement transféré par le gouvernement fédéral offre suffisamment de souplesse pour que l’Î.-P.-É. puisse l’utiliser de la façon la plus créative et la plus efficace possible pour se doter des services requis en santé mentale, et qu’il ne soit pas lié à un type de service en particulier.

Si un certain nombre de recommandations du Groupe de travail sur les besoins de soutien peuvent être mises en oeuvre sans financement neuf ou très peu, un engagement renouvelé et renforcé des gouvernements tant fédéral que provincial de travailler en partenariat avec les entités de la communauté à augmenter les fonds disponibles nécessitera que l’on s’engage dans une direction qui améliorera les services d’une façon significative. Nous croyons fermement que nous devons continuer à penser différemment et à travailler différemment pour améliorer de façon efficace les soutiens à la disposition des personnes atteintes de maladie mentale et leur procurer la possibilité « d’être qui elles étaient ».

Je voudrais faire un court commentaire additionnel pour conclure l’exposé du Groupe de travail sur les besoins de soutien. Lorsque j’ai discuté avec mon fils John de l’exposé que je présente aujourd’hui, il m’a demandé de vous poser une question — et je cite mon fils. Il voulait que je pose la question suivante en son nom. Il a seulement dit, « les médecins et le personnel font un travail extrêmement exigeant et difficile, ce qui peut être très dangereux pour eux. » Il veut dire dangereux pour leur vie. Il estime qu’ils ne reçoivent pas le respect et la reconnaissance qu’ils méritent et travaillent dans un bâtiment négligé et oublié — je parle ici de l’hôpital Hillsborough. Cet hôpital est le principal hôpital pour les personnes atteintes de maladie mentale, à l’Î.-P.-É. Je cite à nouveau mon fils, et ce qu’il m’a dit m’a émue aux larmes parce qu’il voit quelque chose de positif dans ce qui lui est arrivé. « L’aspect positif et la beauté de tout ça, c’est que lorsque les personnes sont atteintes de maladie mentale, elles peuvent trouver un équilibre dans leur vie et maintenir cet équilibre grâce aux amitiés qu’elles nouent en thérapie avec d’autres personnes souffrant de problèmes similaires. La médication, la famille, la persévérance, notre vie est meilleure parce qu’elle nous rend suffisamment fort pour faire face à l’existence et lui donner un sens. » Il m’a alors regardée dans les yeux et m’a dit « Maman, penses-tu que ces gens peuvent faire une différence? »

Alors, en mon nom et au nom du Groupe de travail sur les besoins de soutien, je vous remercie d’avoir écouté mes commentaires. Avec votre engagement, nous anticipons un intérêt et un soutien renouvelés pour ce problème de santé très négligé. Nous, en tant qu’habitants de l’Île-du-Prince-Édouard, soutiendrons certainement ce comité du Sénat dans ses efforts pour établir une stratégie nationale pour la santé mentale. Merci.

Le président : Merci, Bonnie, et remerciez votre fils de ses commentaires.

Mme Arnold : Je le ferai.

The Chairman: Tell him that we have said repeatedly across the country and in speeches and so on that we are absolutely determined to make a difference, one of the reasons being that the vast majority of us on this committee are in the same position you are in the sense that we have had a reasonably close family member who has had a serious mental illness — not necessarily a child. It could be a sister-in-law, a sister and so on. We understand a lot of that agony and for many of us, as we have said, this has become more a calling than a classic government study. Thank you all for that.

May I say, this is the first comprehensive summary of all the support services in one place. We have heard about bits and pieces of them, but you have simplified our work a lot by putting them all in one place.

Senator Callbeck: Thank you all for your very informative presentations. I have questions for each one of you, so, Tarry, I will start with you.

Thank you for preparing answers to the questions in the Options paper. For the healing circles, you got the funding from the federal government back in 2000 and it is over in 2007. Was that a seven-year program or did you have to apply every year for funding?

Ms. Hewitt: Initially, it was for a year. We had to apply for the second year. We then received two years of funding and now we are into the final two. At each stage, we had to complete a lengthy application and be considered for more funding.

Senator Callbeck: Are you going to be looking to extend this, or do you feel that by the end of 2007 it will be completed, that you will be satisfied with it?

Ms. Hewitt: It is difficult to say now, and it is important to see how this evolves, but I would think that we would probably be looking for additional funding. The legacy of the residential school system was spread over a 50-, 60-year-period and we feel that there is a lot of work that still has to be done. It has taken us longer than we initially anticipated to put together the right people, the right healer, the right approach. Now that we have that, and it is working, I would say that extending it would be beneficial, not only to survivors, but, of course, descendants, and that could be first- or second-generation descendants, who would benefit from it as well.

Senator Callbeck: You mentioned here courses in six different areas, I think, over six weeks. Is that spread over a year, 36 weeks, or how does this work?

Ms. Hewitt: The six-week modules?

Senator Callbeck: Yes.

Le président : Dites-lui ce que nous avons répété partout au pays, dans des discours, et cetera, que nous sommes absolument déterminés à faire une différence, une des raisons étant que la vaste majorité d'entre nous, sur ce comité, sommes dans la même position que vous dans le sens qu'un membre raisonnablement proche de notre famille a aussi été atteint d'une maladie mentale grave — pas nécessairement un enfant, mais une belle-soeur, une soeur, et cetera. Nous comprenons une grande part de votre douleur et pour plusieurs d'entre nous, comme nous l'avons dit, cette étude est devenue davantage une mission qu'une étude gouvernementale classique. Merci à tous pour cela.

Si je peux me permettre, je dirai que c'est la première fois qu'un tableau complet de l'ensemble des services de soutien est présenté en un seul lieu. Nous avons entendu parler de fragments de programmes ici et là, mais vous avez simplifié notre travail considérablement en résumant le tout.

Le sénateur Callbeck : Merci à tous de vos exposés très instructifs. J'ai des questions pour chacun d'entre vous, alors, Tarry, je commencerai par vous.

Merci d'avoir préparé des réponses aux questions du document de travail sur les options. Pour les cercles de guérison, vous avez obtenu des fonds du gouvernement fédéral en 2000 et ce financement prendra fin en 2007. Était-ce un programme de sept ans ou avez-vous dû présenter une demande de financement chaque année?

Mme Hewitt : Initialement, la demande était pour un an. Nous avons dû présenter une demande pour la deuxième année. Nous avons alors reçu des fonds pour deux ans et en sommes maintenant aux deux dernières années. Chaque fois, nous avons dû remplir un long formulaire de demande et être considérés pour des fonds additionnels.

Le sénateur Callbeck : Allez-vous essayer de prolonger le programme ou estimez-vous que d'ici la fin de 2007, le programme sera terminé, que vous serez satisfaits du programme?

Mme Hewitt : Il est difficile de le dire maintenant, et il est important de voir comment les choses évoluent, mais je penserais que nous allons probablement chercher à obtenir des fonds additionnels. Le régime des pensionnats a fait sentir ses effets sur une période de 50 à 60 ans et nous estimons qu'il y a encore beaucoup de travail à faire. Il nous a fallu plus de temps que nous l'avions initialement prévu pour trouver les bonnes personnes, le bon guérisseur, la bonne approche. Maintenant que nous avons tous ces éléments et que ça fonctionne, je dirais que le prolongement du programme serait bénéfique, non seulement pour les survivants, mais, évidemment, pour les descendants, les descendants tant de la première que de la seconde génération, qui pourraient également bénéficier du programme.

Le sénateur Callbeck : Vous avez mentionné des cours dans six domaines différents, je pense, sur une période de six semaines. Le programme s'étend-il sur un an ou sur 36 semaines? Comment fonctionne-t-il?

Mme Hewitt : Les modules de six semaines?

Le sénateur Callbeck : Oui.

Ms. Hewitt : Usually, it would take seven weeks, depending on our weather. In the winter or in the summer, perhaps we would miss one week, but, normally, it takes seven weeks to complete the six-week module. That would end with a sweat lodge ceremony and then the circles would proceed into whatever participants thought they would like to deal with next. I will tell you that, over and over, we seem to be going back to anger management. It is anger management and then grief and loss or anger management and then parenting.

Senator Callbeck : Yes.

Ms. Hewitt : That is the preference that is being expressed, but that can change as the different participants change.

Senator Callbeck : How many people are involved?

Ms. Hewitt : You are talking about participants or staff?

Senator Callbeck : Yes, participants.

Ms. Hewitt : Every week, there are probably between six and 12 participants. The Aboriginal population on Prince Edward Island is about 900 people. About 600 of those would be registered status, so we are primarily dealing with registered status, because those are the people who attended residential schools, those are the descendants, but we are open to either.

Senator Callbeck : Tom, thank you very much for sharing your story. I want to ask you about these federal government programs that you say have changed. Obviously, this has affected you in a very negative way. Tell me about the opportunities?

Mr. Macleod : In 1996, Fitzroy Centre was given a block of \$17,000. There were criteria as to who could use it. You had to have been out of work, not EI eligible, et cetera. They pretty much had discretion as to how they would spend it, whether it was on training or a wage subsidy or so on. Today, it is tied to a multi-page application. I have heard stories of somebody looking for basically literacy upgrading having to complete this on their own.

The Chairman : I should not laugh, but that sounds so absurd.

Mr. Macleod : Well, of course, we have staff that will assist them to do that, but you have to go through the paperwork, it goes back to HRSDC and somebody gets to it eventually, we hope, before the funding runs out.

Senator Callbeck : So, when did this change?

Mr. Macleod : It would be around the 2000. It was with the HRSDC boondoggle.

Senator Callbeck : With respect to Canada Mortgage and Housing Corporation, tell me how that changed.

Mme Hewitt : Habituellement, le programme prend sept semaines, selon les conditions météorologiques. En hiver ou en été, nous manquerions peut-être une semaine, mais normalement, ça prend sept semaines pour terminer le module de six semaines. Le module se termine par une cérémonie de la suerie, puis les cercles passent au domaine que les participants aimeraient aborder ensuite. Je vous dirai que fois après fois, il semble qu'on revienne à la maîtrise de la colère. La maîtrise de la colère et ensuite le deuil et la perte, ou la maîtrise de la colère et ensuite le rôle des parents.

Le sénateur Callbeck : Oui.

Mme Hewitt : C'est là la préférence qui est exprimée, mais ça peut changer avec les participants.

Le sénateur Callbeck : Combien de personnes participent au programme?

Mme Hewitt : Vous parlez des participants ou du personnel?

Le sénateur Callbeck : Oui, des participants.

Mme Hewitt : Chaque semaine, il y a probablement environ de six à douze participants. La population autochtone sur l'Île-du-Prince-Édouard est d'environ 900 personnes. Environ 600 ont un statut légal, de sorte que nous traitons principalement avec des gens qui ont un statut légal parce que ce sont ces gens qui ont fréquenté les pensionnats, qui sont les descendants, mais nous sommes ouverts également aux Autochtones sans statut.

Le sénateur Callbeck : Tom, je vous remercie d'avoir partagé votre expérience avec nous. Je veux vous poser des questions sur les programmes fédéraux qui, dites-vous, ont changé. Manifestement, ces changements ont eu des conséquences très négatives, pour vous. Parlez-moi des possibilités.

M. Macleod : En 1996, le Centre Fitzroy a reçu un montant forfaitaire de 17 000 \$. Les bénéficiaires devaient satisfaire à certains critères. Vous deviez être en chômage, ne pas être admissible à l'assurance-emploi, et cetera. Le centre pouvait pas mal dépenser l'argent comme il voulait, pour de la formation ou pour une subvention salariale, et cetera. Aujourd'hui, ça prend un formulaire de demande en plusieurs pages. J'ai entendu parler de personnes qui voulaient suivre un simple cours d'alphabétisation et qui ont dû apprendre par elles-mêmes.

Le président : Je ne devrais pas rire, mais c'est tellement absurde.

M. Macleod : Bien, évidemment, nous avons du personnel qui les aidera à faire ça, mais vous devez remplir la papperasse, qui est renvoyée à HRDCC et quelqu'un finit par recevoir de l'argent, nous l'espérons, avant que les fonds soient épuisés.

Le sénateur Callbeck : Alors, quand le changement s'est-il produit?

M. Macleod : Ce serait autour de 2000. Ça s'est produit avec les futilités à HRDCC.

Le sénateur Callbeck : En ce qui a trait à la Société canadienne d'hypothèques et de logement, dites-moi comment les choses ont changé.

Mr. Macleod: I would imagine it was with government cutbacks. Generally, they got out some programs that we used effectively.

Senator Callbeck: How did you use it? Tell me how you used it then and how you cannot use it now. What is the change?

Mr. Macleod: The big change is that the guaranteed mortgages provided by Canada Mortgage and Housing have just simply disappeared. That would have been around 1992, I believe. The second part, around 1992 or possibly a little later, had to do with the rent subsidies. The organization rents from a landlord. I sublet my apartment from Canada Mortgage and Housing. The actual landlord is Bevan Enterprises here in Charlottetown.

Senator Callbeck: Presentations have been made to the federal government on this, have they?

Mr. Macleod: Presentations have certainly been made at the Canada Mortgage and Housing level. Whether it has gone direct to the National Housing Council —

Senator Callbeck: I would like to get a copy of those presentations, if I could.

Mr. Macleod: I think we could probably arrange for that.

Senator Callbeck: Thank you. Now, Pat, thank you for your outline here of various questions. You have obviously put a great deal of thought into it. What is the duration of the program you have for grade 9? Is it something you go in and give in three hours?

Ms. Doyle: I have an hour.

Senator Callbeck: An hour?

Ms. Doyle: I have an hour in every grade 9 classroom in the province.

Senator Callbeck: Does that do it?

Ms. Doyle: Grade 9 is when discussions around depression and suicide are introduced into the school curriculum. Feedback from students, teachers, parents suggest that, in some cases, it would be more appropriate to have it at an earlier stage, but that is where it is allotted. Every school has demands on its time in terms of people wanting to go in and do presentations on various topics, like drugs and alcohol, healthy living, relationships, all those things, and they are very important, so they have to really pick and choose. We went with a one-hour program that was very well laid out, very well thought out, and was a proven strategy in reducing suicide, so that is why we went with the Choices program. It also fits into their block of time in terms of me being able to go in and deliver the program in one of their blocks; it makes it easier for them to have me in. So, there are a number of reasons why it is the way it is.

M. Macleod : Je suppose que c'est à la suite des coupures de fonds. De façon générale, ils ont éliminé des programmes que nous utilisions d'une manière efficace.

Le sénateur Callbeck : Comment utilisiez-vous les programmes? Dites-moi comment vous les utilisiez alors et comment vous ne pouvez plus les utiliser. Quels sont les changements?

M. Macleod : Le gros changement est que les hypothèques garanties fournies par la SCHL ont tout simplement disparu. Ça se serait produit vers 1992, je crois. La seconde partie, autour de 1992 ou un peu plus tard, peut-être, était liée aux subventions aux loyers. L'organisation loue d'un propriétaire. Je sous-loue mon appartement de la SCHL. Le propriétaire réel est Bevan Enterprises, ici à Charlottetown.

Le sénateur Callbeck : Des mémoires ont été présentés au gouvernement fédéral à ce sujet, non?

M. Macleod : Des mémoires ont certainement été présentés au niveau de la SCHL. S'ils ont été transmis directement au Conseil national —

Le sénateur Callbeck : J'aimerais avoir un exemplaire de ces mémoires, si c'est possible.

M. Macleod : Je pense que nous pourrions probablement vous les fournir.

Le sénateur Callbeck : Merci. Maintenant, Pat, je vous remercie de votre aperçu de différentes questions. Vous avez manifestement mis beaucoup d'efforts dans votre présentation. Quelle est la durée du programme que vous avez pour la 9^e année. Est-ce que vous vous présentez et faites un exposé de trois heures?

Mme Doyle : J'ai une heure.

Le sénateur Callbeck : Une heure?

Mme Doyle : J'ai une heure dans chaque classe de 9^e année de la province.

Le sénateur Callbeck : Est-ce que ça suffit?

Mme Doyle : Les discussions sur la dépression et le suicide sont introduites dans le programme scolaire en 9^e année. Les commentaires des élèves, des enseignants, des parents suggèrent que, dans certains cas, il serait plus approprié d'introduire le sujet plus tôt, mais c'est en 9^e année que le temps est alloué. Chaque école est sollicitée par différentes personnes qui veulent faire des exposés sur des sujets divers, comme les drogues et l'alcool, un mode de vie sain, les relations, tous des sujets très importants, alors les écoles doivent vraiment faire des choix. Nous avons décidé d'opter pour un programme d'une heure vraiment bien conçu, très bien pensé et qui soit une stratégie éprouvée de réduction des suicides. C'est pourquoi nous avons opté pour le programme Choix. La durée du programme coïncide avec la durée d'une période de cours, ce qui me permet de présenter l'exposé pendant une des périodes de cours et facilite la tâche de l'école. Il y a donc plusieurs raisons pour lesquelles les choses sont comme elles sont.

In terms of why we feel it is important, sometimes the feedback that we have got is that it is in the curriculum, but if time did not permit it would be the one left off the roster. In some cases, not everyone has that comfort level in talking about suicide, so they really appreciate having somebody with that type of expertise to come in and talk to the students. We talk about mental health issues as well, so we make that link because it is important to make the connection between mental health problems and suicide.

I work very closely with the counsellors. I am in some of the bigger schools for three or four days. The job of the school counsellors is not easy. In some cases, school counsellors are being spread between three and four schools, so depending on the day that a particular student might have a crisis, they may be out of luck. It is hoped that it is on a day that the school counsellor is in that school.

Senator Callbeck: You mentioned that the feedback from teachers is that this presentation should be given at an earlier age. This program was produced in Vancouver. Is it at an earlier age in Vancouver that it is introduced?

Ms. Doyle: The program is targeted for 14- to 19-year-olds, grade 9 generally, 13, 14 years old. The feedback that we get from students in particular is, "Gosh, I wish I had had this two years ago when I was dealing with a situation. I wish I had had that information earlier."

Senator Callbeck: Has there been any effort to try to get it into the schools earlier?

Ms. Doyle: The Department of Education has been struggling with its health curriculum for some time now. They are using resources from the 1980s at this point. It is continuing to be reviewed, in terms of what is included in the health curriculum for grade 9. We have certainly been making those recommendations, though. I submit a report to the department at the end of each school year, making those recommendations and filtering those comments through.

Senator Callbeck: How do people know about the applied suicide intervention skills training? You mentioned a pamphlet. Is that in the pamphlet, or how do they know that this takes place?

Ms. Doyle: The pamphlet is more for survivors, after the fact. The training is a Living Works program out of Alberta, and CMHA has been hosting workshops regularly. It is somewhat word of mouth. Initially, we used our informal connections through the Mental Health Association. We advised organizations and agencies that work with or intervene with people who are suicidal that training is available. We certainly encouraged our own staff to take that training, and pretty much everyone at the CMHA has now had that training. Oftentimes, though, it is by word of mouth. I know that at one of the last workshops, a number of people from community mental health came to check out the program just to see if it would be worthwhile for their staff to attend, and they were very pleased

Pour ce qui est des raisons pour lesquelles nous estimons que le programme est important, il arrive qu'on nous dise que le sujet fait partie du programme de cours, mais si l'horaire ne le permettait pas, le sujet serait laissé de côté. Dans certains cas, les gens ne sont pas vraiment à l'aise pour parler du suicide, alors ils apprécient vraiment que quelqu'un avec ce genre de savoir-faire vienne parler aux élèves. Nous parlons également des questions de santé mentale. Nous le faisons parce qu'il est important de faire le lien entre les problèmes de santé mentale et le suicide.

Je collabore très étroitement avec les conseillers. Je suis dans certaines grandes écoles pendant trois ou quatre jours. Le travail des conseillers pédagogiques n'est pas facile. Certains conseillers doivent partager leur temps entre trois et quatre écoles, de sorte qu'un élève risque de ne pas recevoir l'aide dont il a besoin s'il fait une crise un jour où le conseiller se trouve dans une autre école.

Le sénateur Callbeck : Vous avez mentionné que les enseignants vous disent que cet exposé devrait être présenté à des groupes plus jeunes. Ce programme a été produit à Vancouver. Se donne-t-il à un plus jeune âge à Vancouver?

Mme Doyle : Le programme est axé sur les 14 à 19 ans. En 9^e année, les élèves ont généralement 13 ou 14 ans. Les élèves, en particulier, nous disent « J'aurais aimé avoir l'information deux ans avant, quand je faisais face à un problème de cet ordre. »

Le sénateur Callbeck : A-t-on tenté d'introduire le programme dans les écoles plus tôt?

Mme Doyle : Le ministère de l'Éducation a des problèmes avec son programme de cours en santé depuis un certain temps, maintenant. Ils utilisent des ressources des années 1980, à l'heure où on se parle. Le programme continue à être révisé, en ce qui touche les sujets couverts par le programme de 9^e année. Nous avons certainement recommandé que le programme soit introduit plus tôt, cependant. Je présente un rapport au ministère à la fin de chaque année scolaire. Le rapport contient des recommandations à cet effet ainsi que des commentaires sur la question.

Le sénateur Callbeck : Comment les gens entendent-ils parler de la formation aux techniques d'intervention en cas de suicide? Vous avez mentionné une brochure. L'information est dans la brochure ou ils entendent parler des cours autrement?

Mme Doyle : La brochure est davantage destinée aux survivants, après coup. La formation est un programme qui vient d'Alberta, intitulé Living Works, et l'ACSM tient des ateliers régulièrement. C'est un peu du bouche à oreille. À l'origine, nous avons utilisé nos contacts informels par l'entremise de l'Association pour la santé mentale. Nous avons informé les organisations et les agences qui travaillent ou interviennent auprès des personnes suicidaires que de la formation est disponible. Nous avons certainement encouragé notre propre personnel à suivre le cours, et pratiquement tout le monde à l'ACSM l'a maintenant suivi. Souvent, cependant, c'est du bouche à oreille. Je sais qu'au cours d'un des derniers ateliers, un certain nombre de personnes du domaine de la santé mentale sont venues suivre le programme

with how prepared they felt. It prepares participants to intervene, kind of like suicide first aid.

Senator Callbeck: How many people would go to that, roughly?

Ms. Doyle: It is based on demand. I am one of the few trainers on the Island. When we initially started doing workshops, I was bringing in people from New Brunswick and Nova Scotia to help me to do training. Extensive training is involved, to be able to do the training in the first place. It is basically dependent on need. I keep a running list of names. If we go beyond 30, then I make the phone calls to the mainland and say, "Can you come over to do a workshop?" We can allow for 15 more. It is based on ratio.

Since we started doing the program three years ago, we have now trained over 200 people, 200 caregivers, and it is open to the general public. Last year, we went up to the police academy. Corrections Canada mandates that they have suicide intervention training, but it is not mandated for police officers. This was the Correctional Service of Canada that I did the training for. We are starting to do that type of training now, too, because we have another trainer on the island. Hence, we are able to be a little bit more flexible in what we do.

Senator Callbeck: That is great.

Bonnie, thank you very much for sharing your experience with your son. You said you got great help from the regional assertive outreach team. Would you talk about that, please?

Ms. Arnold: That is through McGill Centre here in Charlottetown. It was set up a year and a half ago now, and it is for people who are quite ill and who have gone through a crisis situation. They have people working in the field, literally. There are about four people that have a lot of experience with people with mental illness. They support people who have been discharged from the hospital and are in the community and trying to get along as best they can. Our son was involved and still is, but not as greatly as before. They would check on him every day. The support is offered seven days a week, but not 24 hours a day. It was eight to eight during the week and on the weekends, eight to four. It is not a 24-hour service, unfortunately, because of funding. However, the program was a godsend to us. There were many times when we had to phone them, when John was in a crisis situation. They would come and be there, depending on where we were, whether we were in Charlottetown or even in Cavendish, where we have a cottage. They would come within the five minutes or the half hour it took. Otherwise, at night, we would just call 911 or get him to the hospital. Support is vital for people who are in a crisis situation.

I may be wrong on this, but the last I heard there are about 40 to 50 individuals involved with this program. They could take on many more, but the funding is not there.

juste pour voir s'il est utile que leur personnel le suive et ils ont été très heureux de la préparation reçue. La formation prépare les participants à intervenir, c'est un genre de trousse de premiers soins pour le suicide.

Le sénateur Callbeck : Combien de personnes suivraient ce cours, environ?

Mme Doyle : Le nombre de personnes est basé sur la demande. Je suis un des rares formateurs existants, à l'Î.-P.-É. Lorsque nous avons commencé à tenir les ateliers, je faisais venir des gens du Nouveau-Brunswick et de la Nouvelle-Écosse pour m'aider à donner la formation. Les formateurs doivent suivre une longue formation pour être en mesure de donner ces cours. Ça dépend des besoins. Je tiens une liste de noms. Si nous dépassons 30 personnes, je fais des téléphones et je dis « Pouvez-vous venir donner un atelier? » Nous pouvons alors prendre 15 participants de plus. C'est une question de ratio.

Depuis que nous avons commencé à donner le programme il y a trois ans, nous avons formé plus de 200 personnes, 200 aidants, et la formation est ouverte au grand public. L'année dernière, nous avons été à l'école de police. Le Service correctionnel du Canada a un programme de formation aux techniques d'intervention en cas de suicide, mais elle n'est pas obligatoire pour les policiers. J'ai donné le cours pour le Service correctionnel du Canada. Également, nous commençons maintenant à donner ce type de formation parce que nous avons un autre formateur à l'Î.-P.-É. Nous pouvons donc être un peu plus souples.

Le sénateur Callbeck : C'est très bien.

Bonnie, je vous remercie beaucoup d'avoir partagé avec nous votre expérience avec votre fils. Vous avez dit que vous avez été beaucoup aidée par l'équipe régionale d'extension des services. Voudriez-vous nous en dire davantage à ce sujet?

Mme Arnold : L'équipe relève du centre McGill, ici, à Charlottetown. Elle a été mise sur pied il y a maintenant un an et demi à l'intention des personnes très malades qui ont vécu une crise. Le personnel travaille sur le terrain, littéralement. Environ quatre membres de l'équipe ont beaucoup d'expérience auprès des personnes atteintes de maladie mentale. Ils soutiennent les patients qui ont quitté l'hôpital et essayent de se débrouiller de leur mieux dans la communauté. Notre fils a bénéficié de leurs services et en bénéficie encore, mais dans une moindre mesure qu'auparavant. Ils prenaient de ses nouvelles chaque jour. Le soutien est offert sept jours sur sept, mais pas 24 heures par jour. C'était de 8 h à 20 h sur semaine, et de 8 h à 16 h pendant les week-ends. Ce n'est pas un service 24 heures, malheureusement, pour des raisons de financement. Le programme a toutefois été une bénédiction pour nous. Nous avons dû leur téléphoner à de nombreuses reprises, lorsque John était en crise. Ils venaient à la maison, que ce soit à Charlottetown ou même à Cavendish, où nous avons une maison de campagne. Ils étaient là dans les cinq ou les trente minutes qui suivaient, selon les besoins. Autrement, la nuit, nous devions appeler le 911 ou l'amener à l'hôpital. Le soutien est vital, pour les personnes en crise.

Je peux me tromper, mais aux dernières nouvelles, environ 40 à 50 personnes bénéficiaient du programme. Ils en prendraient beaucoup plus, mais les fonds ne sont pas là.

Senator Callbeck: Is this program unique to P.E.I., or is it in other provinces?

Ms. Arnold: I think they got this program from Ontario. I am not sure if it was the Guelph area, or just exactly where it originated, but they did get the program set up from Ontario.

Senator Callbeck: You mentioned the group that you are working with and you have five subgroups here. On the stigma reduction, you have heard talk this morning. I think all of you have been here for the whole discussion. Do any of you have anything to add to what you have heard this morning on that, that would be beneficial to us?

Ms. Arnold: We have not really, unfortunately, had time to do too much with stigma reduction at this point on this committee, but I think in some ways families get burnout. This is not stigma so much, but it is in a way because I sort of describe myself as like a dog with a bone. When John became ill, I could not believe that this was happening, and I decided to find out as much as I could about it. When John was in the hospital, we noticed that families are not there for a lot of the patients. I think the reason for that is burnout and stigma, which is very much a part of it. Going out to Hillsborough Hospital itself is intimidating. There is not even proper lighting — or there was not when John when first hospitalized. If you went out at 8 o'clock at night, it was in the dark and it was very foreboding.

There are just so many aspects to the stigma part of it. You know, when John was at school and had a head concussion, all his friends rallied around him, asked about him in the hospital. However, when John became mentally ill — he had some close, close friends, but the ones who called and kept calling were far and few between.

Senator Callbeck: We have heard that several times.

Ms. Arnold: Yes. So, whether people on my committee want to address anything about stigma — because it will be addressed on our committee.

Mr. Reid Burke, Executive Director, Canadian Mental Health Association of Prince Edward Island: Perhaps I could make a comment. The question has been asked about what we can do with stigma. Our organization was instrumental in having the national organization think differently about mental illness and having them understand that mental illness is something that everybody needs to manage and deal with, and we have to look at it differently as a society.

In order to combat stigma, we have to make mental illness and mental health everybody's issue. If you look at what is happening in the workplace, and I am sure you are aware of those kinds of statistics, mental health will be the leading cause of disability. This is not something that just people with diagnosed illnesses are struggling with. To combat stigma, we have to normalize mental health issues. We have to make people understand — and I think

Le sénateur Callbeck : Ce programme est-il particulier à l'Î.-P.-É. ou existe-t-il dans d'autres provinces?

Mme Arnold : Je crois que le programme vient d'Ontario. De la région de Guelph peut-être, ou d'ailleurs, mais le programme vient d'Ontario.

Le sénateur Callbeck : Vous avez mentionné le groupe auquel vous collaborez, qui comprend cinq sous-groupes. D'autres personnes ont parlé de la réduction du stigmate, ce matin. Je pense que vous avez tous assisté à la totalité de la discussion. Est-ce que quelqu'un veut ajouter quelque chose à ce que vous avez entendu ce matin sur cette question, qui profiterait à tous?

Mme Arnold : Nous n'avons pas réellement eu le temps, malheureusement, de faire beaucoup pour réduire le stigmate jusqu'à maintenant, dans ce comité, mais je pense que les familles en arrivent à un type d'épuisement. Ce n'est pas vraiment un stigmate, mais ça l'est d'une façon parce que je me décris moi-même comme un chien après un os, en quelque sorte. Lorsque John est tombé malade, je ne pouvais pas croire ce qui arrivait et j'ai décidé d'en apprendre autant que je pouvais sur sa maladie. Lorsque John a été hospitalisé, nous avons remarqué que beaucoup de patients n'étaient pas entourés de leur famille. Je pense que la chose s'explique par l'épuisement et le stigmate, qui en est une bonne partie. Se rendre à l'Hôpital Hillsborough est en soi intimidant. Il n'y a même pas d'éclairage adéquat — du moins, il n'y en avait pas lorsque John a été hospitalisé la première fois. Si vous vous rendiez à l'hôpital à 8 heures du soir, il faisait noir et c'était très inquiétant.

Le stigmate se présente sous de nombreux aspects. Vous savez, lorsque John était à l'école et qu'il avait reçu un coup à la tête, tous ses amis sont venus le voir et ont demandé de ses nouvelles. Lorsque John s'est retrouvé avec une maladie mentale — il avait des amis très proches, mais ceux qui ont appelé et ont continué à appeler ont été très peu nombreux.

Le sénateur Callbeck : Nous avons entendu la même remarque à plusieurs reprises.

Mme Arnold : Oui. Alors, si les membres de mon comité veulent faire quelque chose à propos du stigmate — parce que notre comité a l'intention de s'attaquer à cette question.

M. Reid Burke, directeur exécutif, Association canadienne pour la santé mentale, division de l'Île-du-Prince-Édouard : Je pourrais peut-être faire un commentaire. On a demandé ce que nous pouvions faire à propos du stigmate. Notre organisation a contribué à amener l'organisation nationale à penser différemment à propos de la maladie mentale et à comprendre que la maladie mentale est quelque chose que tout le monde doit gérer et que nous devons la regarder différemment, en tant que société.

Pour combattre le stigmate, nous devons faire de la maladie mentale et de la santé mentale l'affaire de tout le monde. Si vous regardez ce qui arrive dans le monde du travail, et je suis certain que vous êtes au courant de ces statistiques, la santé mentale sera la première cause d'invalidité. Il ne s'agit pas de quelque chose avec laquelle seules les personnes atteintes de maladies diagnostiquées se débattent. Pour combattre le stigmate, nous

the general public already gets it. They know, but we do not want to talk about it. I think the timing is right for the work that you are doing, the work that Romano has done.

We have to put some dollars into social marketing campaigns and have people understand what they already know and talk about what they already know, which is that it is a challenge for everyone to manage their mental health, and to present some key messages. The key message is that whether you have a mental illness or not, we all have the capacity to manage our mental health. I think the real stigma piece is that somehow, if you are diagnosed with an illness, there is a belief that you are now less capable, less intelligent or less able to make a contribution. We have many leaders in this country in many walks of life who make tremendous contributions who have mental illnesses.

I think in answer to your question, it is social marketing. We had introduced the idea that mental health was everyone's issue 15 years ago with our national organization and it was fought vehemently to say that, no, we need to be concerned and separate people into groups. As long as we draw lines and have the mentally ill on one side and the supposedly mentally healthy on the other side, we will never combat stigma. Thinking in the context of social marketing campaigns, when we introduced the concept, we talked about ParticipAction, and we presented the concept of mental fitness. They said, "People just will not get it." Today, they are still saying that people do not get it and I think they do get it. Social marketing is the way to go with some key messages that people can understand. And it is normalization. If you make the analogy with cancer, cancer campaigns promote hope and that cancer can be beaten. Everybody realizes that cancer is very devastating and that there are many negative things about it, but that is not their message. With mental health, we have to have a message that is very simple, that everybody has the capacity to manage his or her mental health and everybody can be mentally healthy with an illness or not. We need to make it everyone's issue, but I would not be surprised if people already know.

Social marketing and changing attitudes is the way to go. It is not going to happen with one campaign. ParticipAction took 10 or 15 years and now everybody well understands how important that is. If we want to call it "mental fitness" or "mental wellness," there needs to be a concerted effort in this country to put money into social marketing that normalizes mental health. I do not think that will take away from the devastating effects of the illness, but we need to promote hope, as well as recovery and resilience.

devons normaliser les questions de santé mentale. Nous devons amener les gens à comprendre — et je pense que la population comprend déjà. Les gens savent, mais nous ne voulons pas en parler. Je pense que le moment est venu pour le travail que vous faites, le travail que Romanow a fait.

Nous devons consacrer des fonds à des campagnes de marketing social, amener les gens à comprendre ce qu'ils savent déjà et à en parler, à savoir, que gérer sa santé mentale est un défi pour tous, et présenter certains messages clés. Le principal message est le suivant : que nous souffrions ou non d'une maladie mentale, nous avons tous la capacité de gérer notre santé mentale. Je pense que le vrai stigmate est que si on vous trouve une maladie, certains croient que vous êtes maintenant moins capable, moins intelligent ou moins en mesure d'apporter une contribution. Dans notre pays, nombre de leaders de différents horizons qui ont apporté une contribution immense souffrent d'une maladie mentale.

Je pense, en réponse à votre question, que c'est le marketing social. Notre organisation nationale avait lancé il y a quinze ans l'idée que la santé mentale était l'affaire de tous, mais l'idée a été combattue avec véhémence par des opposants qui disaient que non, nous devons nous inquiéter et séparer les gens dans des groupes. Tant que nous traçons des lignes et que nous plaçons les malades mentaux d'un côté et les gens supposément sains d'esprit de l'autre, nous ne combattons jamais le stigmate. Dans le contexte de campagnes de marketing social, lorsque nous avons introduit le concept, nous avons parlé de ParticipAction, et nous avons présenté le concept de la bonne forme mentale. On a dit « les gens ne comprendront pas ». Aujourd'hui, on dit encore que les gens ne comprennent pas, mais je pense que les gens comprennent. Le marketing social est la réponse au problème, avec des messages clés que les gens peuvent comprendre. Et c'est la normalisation. Si vous faites l'analogie avec le cancer, les campagnes sur le cancer donnent de l'espoir et transmettent le message que le cancer peut être vaincu. Tout le monde comprend bien que le cancer est une maladie très dévastatrice qui a plusieurs aspects négatifs, mais ce n'est pas là leur message. Avec la santé mentale, nous devons avoir un message qui est très simple, que tout le monde a la capacité de gérer sa santé mentale et que tout le monde peut être mentalement sain, qu'il ait une maladie ou non. Nous devons en faire l'affaire de tous, mais je ne serais pas surpris que les gens le sachent déjà.

La solution, c'est le marketing social et le changement des attitudes. Ça ne se fera pas avec une seule campagne. ParticipAction a pris de dix à quinze ans, et tout le monde a maintenant une bonne compréhension de l'importance de la bonne forme physique. Si nous voulons appeler cela la « bonne forme mentale » ou le « mieux-être mental », il faudra un effort concerté dans ce pays pour consacrer des fonds au marketing social qui normalise la santé mentale. Je ne pense pas que cela éliminera les effets dévastateurs de la maladie, mais nous devons semer l'espoir, tout autant que favoriser la guérison et la résilience.

Senator Gill: Thank you for your presentations this morning. I think you all have something in common. You are all talking about a group who is stigmatized and also a group that is marginalized by society, including the Aboriginal people.

Tarry, I would like to talk a bit about the Aboriginal people. I come from this world. I come from an Indian reserve. I was born on the reserve and I am still living on the reserve. I went through the system, so I become emotional when I talk about this subject, but I am going to talk about it. I think your description of the situation concerning the Aboriginal people is a real one. I think the main difficulties across the country are the same. We are talking about suicide, mental illness, incarceration, and it is the same thing. You have good statistics there, good data. You are a champion of those issues.

We have to admit that people were trying to do good and are still trying today. All the groups that we have been talking about are attempting to help those who have problems of all kinds. General society has tried to do something for the marginalized groups, and I think it was done so in good faith, but in spite of the good faith and intentions, a lot still needs to be done.

When I arrived on the Hill, I heard a lot about the two founding nations in this country. Can you imagine, two founding nations? I think some people were excluded there. Today, things have changed. The language has been changing very much. I am not hearing any more about the “two founding nations,” so it means that we have made progress.

If I heard correctly, people who have serious mental illness wish that they could become what they were before. They say, “I want to be the person I used to be.”

The Chairman: Bonnie said that.

Ms. Doyle: Yes.

Senator Gill: It means that those people, like anyone else, would like to participate in building up the country, do something for their country. We do not ask them anything — and it is done in good faith. We just try to do something good for those people. They would like to participate themselves in a certain way of living, have a paying job and doing something worthwhile. We are not doing that too much. Those groups are identified and pushed aside and they become even more marginalized and we do not accept that they are able to participate because society has established standards that everybody should follow. By this, we are creating some problems for these people instead of allowing them to develop their own personalities.

My question is for you, Tarry. I think we will have to do our job, and you should help us. What would be your main recommendation for Aboriginal people in our report? What are the main things you would say according to your experience? Once again, I accept your description of the situation. I think it is correct.

Le sénateur Gill : Merci de vos exposés de ce matin. Je pense que vous avez tous quelque chose en commun. Vous parlez tous d'un groupe qui est stigmatisé et d'un groupe qui est marginalisé par la société, y compris les Autochtones.

Tarry, j'aimerais parler un peu des Autochtones. Je viens de ce monde. Je viens d'une réserve. Je suis né dans une réserve et je vis encore dans une réserve. J'ai suivi le système, alors je deviens émotif lorsque je parle de ce sujet, mais je vais en parler. Je pense que votre description de la situation des Autochtones est exacte. Je pense que les principales difficultés sont les mêmes partout au pays. Nous parlons de suicide, de maladie mentale, d'incarcération, et c'est la même chose. Vous avez de bonnes statistiques, de bonnes données. Vous êtes une championne de ces questions.

Nous devons admettre que les gens ont essayé de bien faire et essaient encore de bien faire aujourd'hui. Tous les groupes dont nous avons parlé essaient d'aider ceux qui ont des problèmes de toute sorte. La société en général a essayé de faire quelque chose pour les groupes marginalisés, et je pense que ça a été fait de bonne foi, mais en dépit de la bonne foi et des bonnes intentions, il reste encore beaucoup à faire.

Lorsque je suis arrivé à Ottawa, j'ai entendu beaucoup parler des deux peuples fondateurs de ce pays. Deux peuples fondateurs, vous imaginez? Je pense qu'il y avait beaucoup d'exclus. Aujourd'hui, les choses ont changé. Le langage a beaucoup changé. Je n'entends plus parler des « deux peuples fondateurs », ça veut donc dire que nous avons fait des progrès.

Si j'ai bien entendu, les personnes atteintes de maladie mentale grave aimeraient redevenir qui elles étaient auparavant. Elles disent « je veux être la personne que j'étais ».

Le président : Bonnie a dit ça.

Mme Doyle : Oui.

Le sénateur Gill : Ça signifie que ces personnes, comme tout le monde, aimeraient participer à la construction du pays, faire quelque chose pour leur pays. Nous ne leur demandons rien — et nous le faisons de bonne foi. Nous essayons seulement de faire quelque chose de bien pour ces personnes. Elles voudraient participer à un certain mode de vie, avoir un emploi rémunérateur et faire quelque chose d'utile. Ce n'est pas vraiment ce que nous faisons. Ces groupes sont identifiés et écartés, et ils deviennent encore plus marginalisés et nous n'acceptons pas qu'ils soient capables de participer parce que la société a établi des normes que tous doivent suivre. Ce faisant, nous créons des problèmes à ces personnes au lieu de leur permettre de développer leur propre personnalité.

Ma question s'adresse à vous, Tarry. Je pense que nous devons faire notre travail et que vous devriez nous aider. Quelle serait votre principale recommandation pour les Autochtones, dans notre rapport? Quels sont les principaux points que vous mettriez de l'avant, sur la base de votre expérience? Encore une fois, j'accepte votre description de la situation. Je pense qu'elle est exacte.

Ms. Hewitt: My main recommendation is found throughout the responses to the issues and the questions and that is that it is time to allow Aboriginal people to take control of and be responsible for their own mental health services and addiction treatment. The capability is there, but I think there is some reluctance. I do not think the system has confidence that the Aboriginal communities will be able to rely on their traditional skills to achieve wellness.

Could I just go to the article that I attached to my presentation, which I think sums up the resistance.

The Chairman: That is *The Globe and Mail* article?

Ms. Hewitt: That is correct. Partway through the text on, I believe, your second page, they refer to Qujaq Robinson:

Sitting in the cramped courthouse law library, her face clouded with anger. "So often, what is unconventional is seen as inferior," she said. "As progressive as Canada is, I think there is still a feeling that anything aboriginal is inferior, that anything provided for Aboriginals is token and not legitimate."

I do not know if I answered your question, but my main recommendation is to allow Aboriginal communities and off-reserve populations to take control of their own destiny in terms of input into mental health services, the design of those programs, the delivery of those programs, the cultural appropriateness of those programs, and that is going to vary. It will not be the same all across Canada. That would be my recommendation.

Senator Gill: Yes. When we were in Winnipeg, some Aboriginal people were insisting on that, representing the First Nations of Manitoba. They insisted on that. As well, the message I got from other places is that people would like to take over their responsibilities and be able to establish their own priorities, to establish programs and so on. They would like to participate in the others, provided that it is not the government who decides for them. People want to decide for themselves and participate in the life of their communities outside of their reserves. They would like to go there. It is more than that — I think Aboriginal people would like to participate because they were not allowed to participate in the development of this country. Now they would like to participate. I agree with you and I think we should go farther than that, but at least people should decide for themselves.

I would like to ask something about suicide because, of course, amongst the Aboriginals, we have a high suicide rate, perhaps more than any other group. Here in this province, do you have some data? Do you have some figures?

Ms. Doyle: Specific to the suicide rate?

Senator Gill: About the Aboriginals, yes.

Mme Hewitt : Ma principale recommandation est contenue dans les réponses aux problèmes et aux questions, à savoir, qu'il est temps de laisser les Autochtones prendre le contrôle et être responsables de leurs propres services de santé mentale et de traitement des toxicomanies. La capacité est là, mais je pense qu'il y a de la réticence. Je ne pense pas que le système a confiance que les communautés autochtones seront capables d'utiliser leurs connaissances traditionnelles pour parvenir au mieux-être.

Puis-je me référer à l'article que j'ai joint à mon exposé, qui résume, je crois, les résistances.

Le président : Il s'agit de l'article du *Globe et Mail*?

Mme Hewitt : C'est exact. À peu près au milieu du texte, à votre page deux, je crois, on fait mention de Qujaq Robinson :

Assise dans la bibliothèque exiguë du tribunal, son visage s'est chargé de colère. « Il arrive si souvent que ce qui est non conventionnel soit vu comme inférieur », dit-elle, « aussi progressif que soit le Canada, je pense qu'il existe encore un sentiment que tout ce qui est autochtone est inférieur, que tout ce qui est fourni pour les Autochtones est symbolique et n'est pas légitime. »

Je ne sais pas si j'ai répondu à votre question, mais ma principale recommandation est de permettre aux communautés autochtones et aux populations hors réserve de prendre le contrôle de leur propre destinée pour ce qui est de la contribution aux services de santé mentale, de la conception de ces programmes, de leur prestation, de leur adéquation culturelle et que les solutions puissent varier. Les solutions ne seront pas les mêmes partout au Canada. Voilà ce que serait ma recommandation.

Le sénateur Gill : Oui. Lorsque nous étions à Winnipeg, des Autochtones on insisté sur ce point, représenter les Premières nations du Manitoba. Ils ont insisté sur ce point. Le message que j'ai eu d'autres endroits est que les gens aimeraient prendre leurs responsabilités et pouvoir établir leurs propres priorités, établir des programmes, et cetera. Ils aimeraient participer aux autres programmes, à la condition que ce ne soit pas le gouvernement qui décide à leur place. Les gens veulent décider eux-mêmes et participer à la vie de leur communauté à l'extérieur de leur réserve. Ils aimeraient aller à l'extérieur des réserves. C'est plus que ça — je pense que les Autochtones aimeraient participer parce qu'ils n'ont pas pu participer au développement de ce pays. Maintenant, ils voudraient participer. Je suis d'accord avec vous et je pense que nous devrions aller plus loin que ça, mais au moins les gens devraient décider eux-mêmes.

J'aimerais vous poser une question sur le suicide parce que, évidemment, nous avons un haut taux de suicide chez les Autochtones, peut-être plus élevé que chez tout autre groupe. Ici dans cette province, avez-vous des données? Avez-vous des chiffres?

Mme Doyle : Spécifiques au taux de suicide?

Le sénateur Gill : À propos des Autochtones, oui.

Ms. Doyle: No, we do not have specific data. The data that we use to formulate or design our programs is based on the coroner's reports and, just due to anonymity, since it is a small province, they do not break that data down into categories like that. However, we know Canadian statistics estimate anywhere between three and six times the national rate, so, obviously, it is very much higher. We do have a couple of representatives on our Suicide Prevention Committee from Aboriginal groups and they cite that suicidal behaviour seems to be more an issue as well as addictions issues and those types of things as opposed to suicide. When we posed the question — What could we do for your particular communities in terms of suicide prevention? — that seemed to be the response. We often get calls after a suicide has happened — and I know that the reserves on P.E.I. are affected by suicide. You would be hard-pressed to find a family in P.E.I. that has not been affected by suicide in some way.

Senator Gill: Most members of the committee have family members who are going through some experience with mental illness. I agree with the people who mentioned this morning that we have to learn more. We need more education and prevention, if it is possible. We need treatment, specialists and so on. However, it seems that, the more we do, the more people there are who end up in the hospital. We have to build more hospitals and more jails. There is an escalation.

We live in a wonderful society, but we still have problems; for example, we have more unemployment and more suicides. Given your experience, what do you see as the way to treat the situation? Should it be at the beginning instead of after the fact, instead of applying solutions that do not work? What should we do in our society? I agree that we have to continue doing what we have been doing, but in the long term, what should we do to make a better society? We are living in the best country in the world, so we have to continue to think about this.

Ms. Doyle: I would probably echo some of Dr. Ian Reid's comments this morning in terms of trying to create the best possible living environment for our children to grow up in, provide early education around problem solving, decision making, how to deal with crises, conflict resolution strategies, those very important life skills that can sometimes avert those problems down the road. We must provide for parents to enable them to do that.

Ms. Arnold: In our son's case, he was 18. We did not see it coming. When I think back, we really did not see it coming. I do not know if there would have been anything to prevent it. His illness may have been genetic, or inherited, whatever the case. Would we have done other things differently? Looking back, yes, probably. He was off to university, had been there for two months, and we went over to see him one time at a football game, thinking he was playing football, and he was under the bleachers

Mme Doyle : Non, nous n'avons pas de données spécifiques. Les données que nous utilisons pour élaborer ou concevoir nos programmes sont basées sur les rapports des coronaires. Pour de simples raisons de protection de l'anonymat, comme il s'agit d'une petite province, ils ne ventilent pas les données en catégories de ce type. Nous savons toutefois, selon les données statistiques canadiennes, que les estimations sont autour de trois à six fois le taux national, alors il est manifestement beaucoup plus élevé. Quelques représentants des groupes autochtones font partie de notre comité de prévention du suicide et ils disent que les comportements suicidaires, les problèmes de toxicomanie et les problèmes similaires semblent être davantage la problématique que le suicide. Lorsque nous avons posé la question — que pourrions-nous faire pour vos communautés, en matière de prévention du suicide? — c'est ce qu'on nous a répondu. Nous recevons souvent des appels après un suicide — et je sais que les réserves sur l'Î.-P.-É. sont touchées par le suicide. Il serait difficile de trouver à l'Î.-P.-É. une famille qui n'a pas été touchée d'une façon ou d'une autre par le suicide.

Le sénateur Gill : La plupart des membres du comité ont des parents qui sont atteints de maladie mentale. Je suis d'accord avec ceux qui ont mentionné ce matin que nous devons en apprendre davantage. Nous avons besoin de plus d'éducation et de prévention, si c'est possible. Nous avons besoin de traitement, de spécialistes, et cetera. Il semble toutefois que plus nous en faisons, plus il y a de gens qui aboutissent à l'hôpital. Nous devons construire plus d'hôpitaux et plus de prisons. C'est une escalade.

Nous vivons dans une merveilleuse société, mais nous avons encore des problèmes; par exemple, nous avons plus de chômage et plus de suicides. Compte tenu de votre expérience, que voyez vous comme remède à la situation? Ne devrait-on pas intervenir au début, plutôt qu'après coup, plutôt qu'appliquer des solutions qui ne fonctionnent pas? Que devrait-on faire dans notre société? Je suis d'accord que nous devons continuer à faire ce que nous avons fait, mais à long terme, que devrions-nous faire pour rendre une société meilleure? Nous vivons dans le meilleur pays au monde, nous devons donc continuer à réfléchir à la question.

Mme Doyle : Je ferais probablement écho à certains des commentaires faits par Dr Ian Reid ce matin sur la création du meilleur milieu de vie possible pour nos enfants, une éducation précoce à la résolution de problèmes, à la prise de décision, à la façon de composer avec les crises, aux stratégies de résolution des conflits, des connaissances de base très importantes qui peuvent nous éviter ces problèmes plus tard dans la vie. Nous devons prévoir des moyens permettant aux parents de faire cela.

Mme Arnold : Dans le cas de notre garçon, il avait 18 ans. Nous n'avons rien vu venir. Quand j'y repense, nous n'avons vraiment rien vu venir. Je ne sais pas s'il y aurait eu moyen de prévenir. Sa maladie peut avoir été génétique, ou héréditaire, quoi qu'il en soit. Aurions-nous fait les choses différemment? En y repensant, oui, probablement. Il était à l'université depuis deux mois et nous sommes allés le voir une fois à une partie de football, pensant qu'il jouait au football, et il était sous les gradins et

crying. It was like someone had punched us in the face. Then he was hospitalized and it has been a nine-year, up-and-down struggle for him since then.

There are many factors that are really important, but from what I have experienced personally in the last nine years, the psychiatric care that he has gotten has been very good, but housing is vital for a young person, and appropriate housing for a young person. In John's case, he needed 24-hour care. He was quite ill, very psychotic. He was not able to come back and live with us, so he had to go into an environment for 24 hours a day.

There are about 40 facilities available on P.E.I. across the island, and 20 of those have people with mental illness. A large majority of the people who are in those communities have mental illness issues. John went into one of these community care facilities with no real support at the beginning, and I really believe that his illness escalated because he was just sort of put in there to fend for himself, with us trying to prod him to go here and go there, go to Fitzroy Centre, go for his appointments. This is the age when schizophrenia hits people. If they can be in an environment where they have the support and people in place, then I think the illness can be caught before it really gets very severe. That is my take on it.

Senator Gill: Tom, what about the stress and the competition?

Mr. Macleod: I manage stress by working at a physically demanding job. You could not pay me to do this. I do it for the love of Fitzroy Centre. I put myself under stress. I did a full-time job in preparing this draft. I can handle a certain amount of it, but I know when to back off now. I did not when I was in the insurance industry.

Senator Cordy: Tarry, you spoke about the shortage of trained Aboriginal mental health care workers and, certainly, there is a shortage of mental health care workers overall, but particularly when you look at the Aboriginal mental health care workers. When we were in Edmonton, one of the recommendations that we heard was that there should be scholarships set up. However, the question that I asked them and that I ask you is this: Is this enough to have scholarships for Aboriginal students to attend medical school? I only had a chance to skim over the article, but it talks a lot about role models for Aboriginal children? There is the example of the teacher who asked the question of what they want to be, and the answer was truck drivers — and there is nothing wrong with that, but she said that no one responded that they wanted to be a lawyer, or a doctor, or a professional.

Ms. Hewitt: Certainly, in my opinion, scholarships are not enough to encourage Aboriginal students to pursue, I guess in this case, training to be mental health workers. We have a lot of contact with the Atlantic Aboriginal Health Research Program,

pleurait. C'était comme si quelqu'un nous avait frappés au visage. Puis il a été hospitalisé et ça a été un combat pour lui depuis neuf ans.

De nombreux facteurs sont vraiment importants, mais d'après mon expérience personnelle des neuf dernières années, les soins psychiatriques qu'il a reçus ont été très bons, mais le logement est un point vital pour un jeune, et ce doit être un logement approprié à une jeune personne. Dans le cas de John, il avait besoin de soins 24 heures sur 24. Il était assez malade, très psychotique. Il n'était pas capable de revenir vivre avec nous. Il devait être dans un environnement où il aurait des soins 24 heures sur 24.

Il existe une quarantaine d'installations de ce type à l'Î.-P.-É., dont une vingtaine pour les personnes atteintes de maladie mentale. Une grande majorité des personnes dans ces communautés ont des problèmes de maladie mentale. John a été dans une de ces maisons sans soutien véritable au début, et je crois vraiment que sa maladie a empiré parce qu'il a plus ou moins été laissé à lui-même, tandis que nous essayions de le pousser à aller ici et là, à aller au centre Fitzroy, à aller à ses rendez-vous. C'est à cet âge que la schizophrénie frappe. S'ils peuvent être dans un environnement où ils bénéficient du soutien et du personnel requis, je pense que la maladie peut être stoppée avant qu'elle devienne vraiment grave. C'est mon avis sur la question.

Le sénateur Gill : Tom, qu'en est-il de la tension et de la compétition?

M. Macleod : Je gère la tension en travaillant dans un emploi physiquement exigeant. Vous ne pourriez pas me payer pour faire ce que je fais. Je le fais pour l'amour du centre Fitzroy. Je me suis imposé de la tension. J'ai travaillé à temps plein pour préparer ce document préliminaire. Je peux composer avec une certaine quantité de tension, mais je sais maintenant quand prendre du recul. Je ne le savais pas quand j'étais dans l'industrie de l'assurance.

Le sénateur Cordy : Tarry, vous avez parlé de la pénurie de travailleurs autochtones bien formés, en santé mentale. Il existe certainement une pénurie de travailleurs en santé mentale en général, mais la pénurie se fait particulièrement sentir chez les Autochtones. Lorsque nous étions à Edmonton, une des recommandations que nous avons entendue était que des bourses devraient être créées. La question que je leur ai posée et que je vous pose est la suivante : est assez de créer des bourses pour permettre à des étudiants autochtones de s'inscrire en médecine? J'ai seulement eu la chance de parcourir rapidement l'article, mais il parle beaucoup de modèles pour les enfants autochtones. On cite l'exemple de l'enseignante qui, ayant demandé aux enfants ce qu'ils voulaient faire dans la vie, s'est vu répondre camionneurs. Il n'y a rien de mal à vouloir être camionneur, mais l'enseignante a dit qu'aucun des enfants n'avait répondu qu'il voulait être un avocat, un médecin ou un professionnel.

Mme Hewitt : Certainement, à mon avis, des bourses ne sont pas suffisantes pour encourager les étudiants autochtones à poursuivre une formation de travailleurs en santé mentale, dans le cas qui nous occupe. Nous avons des contacts étroits avec le

which is attached to Dalhousie University. They provide scholarships for Aboriginal students pursuing, I believe, post-graduate degrees in that case.

However, the financial incentives or the availability of scholarships is not going to address the low retention rates in universities. There are a number of studies that our project has looked at because, of course, we were faced with problems locating appropriately qualified candidates for our student counsellor trainee program. So, there are factors that are not financial that affect those rates and, in my presentation, I talked about bringing the university to the community. I know in some ways, it sounds outrageous, but it can work. I hope this is happening in other places in Canada besides Nova Scotia. There was a one-time, very expensive experiment in Nunavut. When you think of getting a partnership together with a university and funds coming in from several places and being successful in recruiting and retaining students, and then, in turn, those people being able to provide services, how expensive is it really? The current system is not working that well for Aboriginal people. No, I think throwing money in that direction may not be as effective as really looking at some new alternatives.

Senator Cordy: I would agree with you, by the way. I think it takes more. University College of Cape Breton, which now has a new name, has done some wonderful things in the area of Aboriginal education, and I know that. I was an elementary school teacher in Nova Scotia for 30 years, and we had training from an Aboriginal professor at University College of Cape Breton, which was sensitivity training and about the wonderful things they are doing. Thank you very much for that.

Tom, we heard more than once about the onerous amount of paperwork that one has to undergo, and that is not the only problem. Bonnie, you made reference to it, and Tarry and Tom, you both made reference to it. It is not just one facet. We are not just looking at Health Canada. We are looking at housing, we are looking at employment, we are looking at education, a myriad of not only government departments, but even levels of government. What is happening in Ottawa in terms of the sponsorship scandal and what has happened previously, I guess, in Quebec, is likely to make it even more onerous. How do we have accountability — because I think nobody would deny that one needs accountability — balanced with common sense?

Mr. Macleod: I feel that the people we deal with to seek our funding should have a little more training in the mental health field to know what our needs are, to know how we function, where these dollars fit in the terms of importance, so that we can access them, use them wisely, be responsible for them, and at the same time see them being put to good use.

Programme atlantique de recherche en santé autochtone, qui est rattaché à l'Université Dalhousie. Ils fournissent des bourses pour les étudiants autochtones qui poursuivent, je crois, des études supérieures dans le domaine.

Les incitatifs financiers ou la disponibilité de bourses ne vont toutefois pas régler le problème des faibles taux de persévérance dans les universités. Dans le cadre de notre projet, nous avons examiné un certain nombre d'études parce que, évidemment, nous avons de la difficulté à trouver des candidats qualifiés pour notre programme de stagiaires en counselling. Il existe donc des facteurs non financiers qui ont une incidence sur ces taux et, dans mon exposé, j'ai parlé d'amener l'université dans la communauté. Je sais que l'idée semble saugrenue, mais elle peut fonctionner. J'espère que la même chose se produit ailleurs au Canada, outre en Nouvelle-Écosse. Une expérience ponctuelle très dispendieuse s'est tenue au Nunavut. Lorsque vous envisagez un partenariat avec une université, que vous obtenez des fonds de différentes sources et que vous réussissez à recruter et à retenir les étudiants, et ensuite que ces gens sont capables de dispenser des services, quel est le coût véritable, vraiment? Le système actuel ne fonctionne pas bien pour les Autochtones. Non, je pense que de jeter de l'argent dans cette direction peut ne pas être aussi efficace que d'envisager réellement de nouvelles solutions.

Le sénateur Cordy : Je serais d'accord avec vous, au fait. Je pense que ça prend plus. Le University College of Cape Breton, qui porte maintenant un nouveau nom, a accompli des choses extraordinaires dans le domaine de l'éducation autochtone, et je le sais. J'ai été enseignante au niveau élémentaire en Nouvelle-Écosse pendant trente ans. Nous avons suivi, avec un professeur autochtone du University College of Cape Breton, un cours de perfectionnement psycho-social et sur les choses extraordinaires qu'ils font. Je vous remercie.

Tom, nous avons entendu parler plus d'une fois de la quantité astronomique de paperasse que quelqu'un doit remplir, et ce n'est pas le seul problème. Bonnie, vous y avez fait référence, et Tarry et Tom, vous y avez fait référence également. Ce n'est pas seulement une facette. Nous ne parlons pas seulement de Santé Canada. Nous parlons de logement, d'emploi, d'éducation, d'une myriade non seulement de ministères, mais également de paliers de gouvernement. Ce qui arrive à Ottawa avec le scandale des commandites et ce qui est arrivé avant, je crois, au Québec, risque de rendre la paperasse encore plus imposante. Comment en arriver à un équilibre entre le processus de reddition de comptes — parce que je pense que personne ne peut nier la nécessité d'un processus de reddition de comptes — et le sens commun?

M. Macleod : Je crois que les gens avec lesquels nous traitons lorsque nous demandons des fonds devraient avoir un peu plus de formation dans le domaine de la santé mentale pour connaître nos besoins, notre mode de fonctionnement, l'importance de ces fonds, afin que nous puissions y avoir accès, les utiliser sagement, en répondre, et en même temps les utiliser à bon escient.

The opportunities fund that funded my wage subsidy in 1997 would have amounted to \$3,000. Since then, yes, I draw about \$4,000 worth of EI a year, but, you know, other than that, I am paying my way again and I am proud of it.

Senator Cordy: And \$3,000 or \$4,000 in the whole scheme of things in a year is not very much, is it, to subsidize?

Mr. Macleod: No.

Senator Cordy: Bonnie, you talked about being such an advocate for your son. There are certainly many people who do not have advocates, unfortunately, people who are suffering from a mental illness, and so they are really left floundering, trying to find help and to weave their way through what can be a very complicated system. You certainly deserve a lot of credit. You may think that as we are sitting here listening that we have heard so much that we are not going to be affected any more, but we are. Every time we hear stories of people who are in the system — it pulls at your heart strings when you have children that age who attended Mount Allison University, so you always say, “There but for the grace of God...”. We all have family members who are suffering from mental illness.

You were such an advocate, you and your husband, for you son. One of the things that I would like to ask you as a family member is how included were you in what was happening, what was going on, because we have heard about the privacy issue. Your son was 18, an adult, but he is not an adult. We all cuddle and comfort our 18 year olds. However, sometimes, legally, you are excluded from what is going on.

Ms. Arnold: Yes.

Senator Cordy: Did that happen to you?

Ms. Arnold: Initially, it did because all of us, John and the family, really did not know how to cope with what was going on. John did see his doctor and was hospitalized, and when he was in the hospital, I would keep asking questions and this came up constantly, so then I would go back to the doctor. I had to go through John, to get his permission, but there were times he resented that very, very much. At that time, he did not —

Senator Cordy: “Resented” meaning he —

Ms. Arnold: Resented me wanting to get involved. He did not think he was as ill as he was. At that point, he had not accepted the fact that he had a severe illness, so it was a struggle, but I just sort of kept at it and at it, and, finally, I think, as much working with John to get the permission from him. That was vital, because if I had not been able to get permission from him, I would not have gotten to first base, with confidentiality in place, because it is very much a part of the system and it is there for a good reason. Yet there has to be some balance because if the family is not included and the patient at the time does not want them included, it is a very bad scene, I would say, especially on discharge. There may be work that has to be done in that respect about opening it

Le fond d'intégration à partir duquel provenait ma subvention salariale en 1997 se serait élevé à 3 000 \$. Depuis ce temps, je touche environ 4 000 \$ en prestations d'assurance-emploi par année, mais vous savez, à part ça, je subviens à nouveau à mes besoins et j'en suis fier.

Le sénateur Cordy : Et 3 000 \$ ou 4 000 \$ par année, ce n'est pas tellement dans l'ordre général des choses, n'est-ce pas?

M. Macleod : Non.

Le sénateur Cordy : Bonnie, vous avez parlé de défendre la cause de votre fils. Il y a certainement de nombreuses personnes qui n'ont personne pour défendre leur cause, malheureusement, des personnes atteintes d'une maladie mentale, et elles sont vraiment laissées à se débattre, essayant de trouver de l'aide et de se faufiler au travers de ce qui peut être un système très compliqué. Vous avez certainement beaucoup de mérite. Vous pouvez penser que nous avons entendu tellement de choses que nous ne pouvons plus être touchés, mais nous le sommes. Chaque fois que nous entendons le récit de personnes qui sont dans le système — ça touche une corde sensible lorsque nous avons des enfants de cet âge qui ont fréquenté l'université Mount Allison — nous nous disons toujours « ça aurait pu être moi... ». Nous avons tous des parents qui sont atteints d'une maladie mentale.

Vous et votre mari avez été de tels défenseurs pour votre fils. J'aimerais savoir, en tant que membre de la famille, dans quelle mesure vous étiez incluse dans ce qui arrivait, parce que nous avons entendu parler de la question de la protection de la vie privée. Votre fils avait 18 ans, c'était un adulte, mais il n'est pas un adulte. Nous réconfortons tous nos enfants de 18 ans. Parfois, cependant, vous êtes légalement exclue de ce qui se passe.

Mme Arnold : Oui.

Le sénateur Cordy : Est-ce que ça vous est arrivé?

Mme Arnold : Au début, oui, parce qu'aucun de nous, John et la famille, ne savions réellement comment composer avec ce qui se passait. John a vu son médecin et a été hospitalisé. Pendant qu'il était à l'hôpital, je posais continuellement des questions et ce point revenait constamment, de sorte que je retournais voir le médecin. Je devais passer par John pour obtenir sa permission, mais il n'appréciait parfois vraiment pas. À l'époque, il n'avait pas...

Le sénateur Cordy : « N'appréciait pas », vous voulez dire...

Mme Arnold : N'appréciait pas que je veuille m'en mêler. Il ne pensait pas qu'il était aussi malade qu'il l'était. Il n'avait pas encore accepté le fait qu'il était atteint d'une grave maladie, alors c'était une bataille, mais j'ai persisté et, finalement, je pense, autant avec John pour obtenir sa permission. C'était vital, parce que si je n'avais pas réussi à obtenir sa permission, je ne serais pas rendue au point A, avec les règles de confidentialité, parce qu'elles font beaucoup partie du système et pour une bonne raison. Il doit cependant y avoir un équilibre parce que si la famille n'est pas incluse et que le patient ne veut pas qu'elle le soit, à ce moment-là, les choses peuvent mal tourner, je dirais, en particulier au moment du congé. Il pourrait y avoir un peu plus

up a little bit more so that families are included more, especially initially, because you are blind-sided by it all. You do not know how to react.

Senator Cordy: If families are not part of the healing process, then, as so many are saying, what is the point?

Ms. Arnold: That is right, yes. Guilt is very much an initial reaction by the family I had to overcome that, too, and there is certainly a learning process, as with any illness, in dealing with it.

The Chairman: With respect to your comment on the guilt, I have not been there, but I understand what you mean about guilt. We had a psychiatrist way back at the beginning say to us that as recently as 20-odd years ago, there was a certain type of mental illness, and I forget what it was, where psychiatrists were actually taught that the illness was caused by the way the mother had treated the child. Was it autism? Instead of commiserating with the parents about the fact that he had diagnosed their child with autism, he was, in fact, left in the position of having to go and tell the mother she caused it. I am not talking the Middle Ages; I am talking about psychiatric training only two decades ago.

Senator Cook: It is rather difficult, when we get all this paper that you have so painstakingly prepared, in trying to find the trigger points here. I will go through and then you can respond after I go through the panel.

I want to come at your healing circle from a different perspective. It is such a wonderful piece of therapy. I am just wondering, when we talk about integration and collaboration with programs, is there a place for healing practices, the healing circle, in the cure of non-Aboriginal people? I would like you to think about that one. I am going to go along so you can think about it a bit.

Tom, as best I could get through yours, I looked at the funding stresses, the funding with Canada Mortgage and Housing Corporation, the employment assistance support, the CPP disability, all those changes in federal programs that must, of necessity, have an impact on you and where you are on your journey. How could we alleviate that from a federal perspective?

If I heard you right, Pat, there are no 24/7 crisis intervention teams where you are, so what happens in the gap time? How do the people in need get help?

Bonnie, I know a bit about your journey, although not of the intensity, with your son. You are right — there has to be a protocol. The caregivers or parents, whatever we call ourselves, do not need to know everything, but there are some things that must be mandated in order to help. We need to know certain things. You can tell John we will make a difference. I personally

d'ouverture afin d'inclure davantage les familles, en particulier au début, parce que vous êtes aveuglé par tout ce qui arrive. Vous ne savez pas comment réagir.

Le sénateur Cordy : Si les familles ne font pas partie du processus de guérison, alors, comme le disent tant de personnes, à quoi ça sert?

Mme Arnold : Exactement, oui. Le sentiment de culpabilité est beaucoup une réaction initiale de la famille que j'ai dû surmonter, et il y a certainement un processus d'apprentissage sur la façon de composer avec la maladie, comme avec toute maladie.

Le président : En ce qui a trait à votre commentaire sur la culpabilité, je n'ai pas vécu pareille expérience, mais je comprends ce que vous voulez dire lorsque vous parlez de culpabilité. Nous avons entendu un psychiatre nous dire, au tout début des présents travaux, qu'il y a à peine une vingtaine d'années, il y avait un type de maladie mentale, j'oublie lequel, où on apprenait aux psychiatres que la maladie était causée par la façon dont la mère avait traité l'enfant. Était-ce l'autisme? Au lieu de compatir avec les parents sur le fait que leur enfant était autistique, il se retrouvait dans la position de devoir aller dire à la mère que c'était sa faute. Je ne parle pas du Moyen Âge, je parle de la formation en psychiatrie dispensée il y a seulement deux décennies.

Le sénateur Cook : Il est assez difficile, dans tous ces documents que vous avez préparés avec tant d'effort, d'essayer de trouver les points principaux. Je vais faire un tour de table et vous pourrez répondre ensuite.

Je veux aborder la question des cercles de guérison d'un point de vue différent. C'est une méthode thérapeutique tellement merveilleuse. Je me demande seulement, lorsque nous parlons d'intégration et de collaboration entre les programmes, s'il y a une place pour les pratiques de guérison, le cercle de guérison, dans le traitement des non-Autochtones. J'aimerais que vous réfléchissiez à ma question. Je vais poursuivre le tour de table pour vous permettre d'y penser un peu.

Tom, dans la mesure où j'ai pu passer au travers de votre mémoire, j'ai examiné les problèmes de financement, le financement reçu de la Société canadienne d'hypothèques et de logement, le soutien en aide à l'emploi, les prestations d'invalidité du RPC, tous ces changements dans les programmes fédéraux qui doivent nécessairement avoir une incidence sur vous et le point où vous en êtes dans votre vie. Comment pourrions-nous amoindrir ces difficultés d'un point de vue fédéral?

Si je vous ai bien compris, Pat, il n'existe pas d'équipes de crise 24 heures par jour, sept jours sur sept dans votre région. Qu'arrive-t-il en dehors des heures de disponibilité des services? Comment les gens obtiennent-ils l'aide dont ils ont besoin?

Bonnie, j'ai un peu vécu ce que vous vivez avec votre garçon, quoique à un niveau d'intensité différent. Vous avez raison — un protocole est nécessaire. Il n'est pas nécessaire que les aidants ou les parents, quel que soit le nom que nous nous donnions, soient au courant de tout, mais certaines choses doivent être rendues obligatoires, pour aider. Nous devons savoir certaines choses.

do not know what the face of it will look like, but we will make a difference.

So, I will go back to Tarry and ask her about that piece.

Ms. Hewitt: Well, it is difficult to give a cut-and-dried answer. I would go back, though, to part of what was in the presentation. Often, people think of a talking circle, a sharing circle, a healing circle as simply being people sitting in a circle, each taking a turn to talk. The healing circles that we hold at ASH are far more reliant on cultural traditions and ceremonies. They start with a smudging — I do not know if you are aware of what that is.

Senator Cook: Yes.

Ms. Hewitt: You are aware of what a smudge is. The actual method that the facilitator uses to assist the participants in healing has everything to do with traditional medicines, traditional ceremonies, so to that extent, I do not think you can just take that model and plunk it onto another culture.

Having said that, most of the people that I have worked with would be happy to invite people to participate. There is no cultural prohibition to other groups using the circle model, but it would not be the same. There is more to it than meets the eye.

Senator Cook: What about this fragmented funding that we are at the mercy of?

Mr. Macleod: Well, Fitzroy Centre is certainly at the mercy of the provincial government for its core dollars. Most of the funding for our employment unit comes from HRSDC, with its reporting back to HRSDC. The employment unit there almost is a mini-HRSDC, but it is very comfortable for our members to use, to access the job board there or the computer banks, to get a resume done up, to do their job search, talk to someone, “Do you think I could get training dollars?” However, that is certainly not the whole of the employment unit’s funding. There is probably another position and a half, but we have to take it out of the core provincial funding, and that, of course, now has to apply to the post-employment support because the EAS contract no longer applies to that. Housing dollars, the 10-bed home is largely funded from provincial sources. The 25 subsidized apartments that we own are through Canada Mortgage and Housing, grandfathered in, as are the 15 community-based, rent-subsidized apartments. We struggle with it. We make everything fit their program and we largely succeed. However, as I said in my presentation and as the executive director of Fitzroy Centre just whispered in my ear, “Bring back the housing program.”

Senator Cook: To live is paramount, is it not?

Vous pouvez dire à John que nous ferons une différence. Je ne connais pas personnellement la forme que le changement prendra, mais nous ferons une différence.

Je reviendrai donc à Tarry pour la réponse à ma question.

Mme Hewitt : Bien, il est difficile de donner une réponse tranchée. Je retournerais à une partie du mémoire. Souvent, les gens pensent qu’un cercle de discussion, un cercle de partage, un cercle de guérison consiste simplement à asseoir des gens en cercle et à les faire parler à tour de rôle. Les cercles de guérison que nous tenons à l’ASH sont beaucoup plus axés sur les traditions et les cérémonies culturelles. Ils commencent par une cérémonie de purification — je ne sais pas si vous savez ce que c’est.

Le sénateur Cook : Oui.

Mme Hewitt : Vous savez ce qu’est une cérémonie de purification. La méthode que le facilitateur utilise pour aider les participants à guérir a tout à voir avec la médecine ancestrale, les cérémonies traditionnelles, de sorte que dans cette mesure, je ne pense pas que vous puissiez seulement prendre ce modèle et le plaquer sur une autre culture.

Ceci étant dit, la plupart des personnes avec lesquelles j’ai travaillé seraient heureuses d’inviter des gens à participer. Rien n’empêche culturellement d’autres groupes d’utiliser le modèle du cercle, mais ce ne serait pas la même chose. Il y a plus qu’il y paraît.

Le sénateur Cook : Qu’en est-il de ce financement fragmenté à la merci duquel nous nous trouvons?

M. Macleod : Eh bien, le centre Fitzroy est certainement à la merci du gouvernement provincial pour son financement de base. La majeure partie des fonds pour notre centre d’emploi vient de RHDCC et doit faire l’objet d’un rapport à RHDCC. Le centre d’emploi est presque un mini RHDCC, mais il est très convivial pour nos membres, qui ont accès au tableau d’affichage ou aux banques informatiques, qui peuvent faire faire un curriculum vitae, faire leur recherche d’emploi, parler à quelqu’un, « Pensez-vous que je pourrais obtenir des fonds pour de la formation? ». Ces activités n’utilisent certainement pas la totalité des fonds. Il y a probablement un autre poste et demi, mais nous devons prendre les fonds à même le financement provincial de base, qui doit maintenant être appliqué au soutien post-emploi parce que le contrat avec les SEA ne s’applique plus à ça. Les fonds pour le logement, la maison de dix lits sont largement financés par des sources provinciales. Les 25 appartements subventionnés que nous possédons par l’entremise de la SCHL, font l’objet de droits acquis, comme les 15 appartements communautaires subventionnés. Nous nous débattons. Nous nous arrangeons pour que tout soit conforme à leur programme et nous y réussissons largement. Cependant, comme je l’ai dit dans mon mémoire, et comme le directeur exécutif du centre Fitzroy vient de le chuchoter à mon oreille, « ramenez le programme de logements ».

Le sénateur Cook : Vivre est le plus important, n’est-ce pas?

Mr. Macleod: They are extremely valuable. When I drew social assistance, 1996 to 1997, my rent was \$395 a month, my social assistance cheque came to about \$658, give or take a dollar. I know it was less than \$660 and more than \$655.

Senator Cook: Yes. Your frustrations are echoed in other places. Yesterday, we were in Newfoundland, where a very large complex of supported housing is overseen by a very zealous woman, I would say. She said there was a program available now for funding and they looked at the application. It was so complicated, she said, "We cannot meet the standards. Throw it away." So, here are federal programs being offered that are so complex, yet if anybody should qualify, given what we heard from her, she should have.

Ms. Doyle: The crisis response teams are part of the formal mental health system here in Prince Edward Island. They are located in our two major hospitals, in Prince Country Hospital and Queen Elizabeth Hospital, and are available, I think, eight to eight, and not on weekends. If there is a crisis, they have to get themselves to the emergency department — and they are not seen by a crisis response team nurse. They are —

Senator Cook: They wait in line?

Ms. Doyle: Yes, they are triaged. The nice thing about the crisis response team is that if someone is in acute psychiatric crisis, they can go to the emergency department, where they will be seen right away by a member of the crisis response team, whereas before we had those teams, they would be waiting in the queue with everyone else.

The Chairman: This is a rhetorical question, and it is amazing to me, but it is the first place I have ever heard where you have to schedule your crisis.

Senator Cook: Yes, when you are going to have a crisis.

The Chairman: And on top of that, the vast majority of crises occur —

Ms. Doyle: Yes, after eight.

The Chairman: Yes, and on weekends.

Ms. Doyle: Yes, exactly.

The Chairman: That is the statistical reality.

Ms. Doyle: Yes.

The Chairman: It is not your fault. You understand why we are kind of stunned.

Ms. Doyle: Yes. You can appreciate why our crisis line, our Helpline, was so important to us, because that is our back-up, particularly for people that are in rural areas that are in crisis. When they call the emergency department in crisis, they get an answering machine, a voice message. They cannot speak to somebody directly, I assume, because of liability issues. So, again, they are encouraged to come into the emergency department for assessment, but if that happens after the magic hour, then they are going to be waiting in the queue with everyone else.

M. Macleod : Ces logements sont extrêmement précieux. Lorsque je touchais de l'aide sociale, de 1996 à 1997, mon loyer était de 395 \$ par mois, mon chèque d'aide sociale était d'environ 658 \$, à quelques dollars en plus ou en moins. Je sais que c'était moins de 660 \$, mais plus que 655 \$.

Le sénateur Cook : Oui. Les mêmes frustrations sont vécues ailleurs. Hier, nous étions à Terre-Neuve, où un grand complexe de logements subventionnés est supervisé par une dame très zélée, je dirais. Elle a dit qu'il existe actuellement un programme de financement et qu'ils ont examiné le formulaire de demande. Le formulaire est tellement compliqué que la dame a dit « nous ne pouvons pas satisfaire à ces normes. Jetez le formulaire. » Les programmes fédéraux offerts sont tellement complexes, mais si quelqu'un pouvait se qualifier, d'après ce qu'elle nous a dit, ça aurait dû être elle.

Mme Doyle : Les équipes de crise font partie du réseau formel de santé mentale, à l'Île-du-Prince-Édouard. Elles se trouvent dans nos deux grands hôpitaux, le Prince Country Hospital et l'hôpital Queen Elizabeth, et sont disponibles, je crois de 8 h à 20 h en semaine seulement. En cas de crise en dehors des heures, les patients doivent se rendre à l'urgence — et ils ne sont pas vus par l'infirmière de l'équipe de crise. Ils sont...

Le sénateur Cook : Ils attendent leur tour?

Mme Doyle : Oui, ils sont triés. Ce qu'il y a de bien avec l'équipe de crise, c'est que si quelqu'un est en crise psychiatrique aiguë, il peut aller à l'urgence, où il sera vu immédiatement par un membre de l'équipe de crise, tandis qu'avant que nous ayons ces équipes, les patients devaient attendre leur tour comme tout le monde.

Le président : Il s'agit d'une question de pure forme et je trouve la chose étonnante, mais c'est la première fois que j'entends dire que vous devez planifier votre crise.

Le sénateur Cook : Oui, lorsque vous aller avoir une crise.

Le président : Et en plus, la vaste majorité des crises se produisent —

Mme Doyle : Oui, après 20 h.

Le président : Oui, et pendant les week-ends.

Mme Doyle : Oui, exactement.

Le président : C'est la réalité statistique.

Mme Doyle : Oui.

Le président : Ce n'est pas votre faute. Vous comprenez pourquoi nous sommes assez étonnés.

Mme Doyle : Oui. Vous pouvez comprendre pourquoi notre ligne de crise, notre ligne secours, était si importante pour nous, parce que c'est notre service de dépannage, en particulier pour les gens en crise qui habitent dans les régions rurales. Lorsqu'ils appellent l'urgence, ils tombent sur un répondeur, un message vocal. Ils ne peuvent pas parler à quelqu'un directement, je suppose, pour des questions de responsabilité civile. Alors, encore une fois, on les encourage à se rendre à l'urgence pour une évaluation, mais si la crise se produit après l'heure magique, ils vont devoir attendre en ligne avec tous les autres patients.

Ms. Arnold: Your question to me was related, I believe, to more family involvement and how we get around that; correct?

Senator Cook: Yes, unnecessary protocol so that some elements of the child's condition —

Ms. Arnold: Yes.

Senator Cook: You are a parent. You have a son; I have a daughter. We do not want to know everything, but there must be a protocol if we are going to help the person. What are your thoughts on that? You do not want to know everything, but you want to know what is necessary.

Ms. Arnold: That is right, yes. I really do not know if there is a protocol in place.

Senator Cook: This is something we can work toward.

Ms. Arnold: Yes, something to work on.

Senator Cook: Would you be comfortable with that?

Ms. Arnold: Yes.

Senator Cook: The urge is to want to know everything you can, and so much more, but I think it probably would be easier on your son if he understood that you just needed to know certain elements.

Ms. Arnold: That is right.

Senator Cook: The resistance would perhaps not have been there.

Ms. Arnold: Yes, that is right. It really comes down to communication. So many people, as I have said, get burnout. Families get burnout or they are turned away from helping out because the individual does not want the family to know. The stigma issue is a part of it, too. There are so many factors involved.

The Chairman: May I thank all of you for coming. I know we have prevailed extremely upon your patience, but thank you very much for attending here. We appreciate it.

Colleagues, we have two walk-ons. We will begin with Gail and then go to Gregg.

Ms. Gail MacLean, President, Schizophrenia Society of Prince Edward Island: Thank you, Mr. Chairman, for allowing me this time. I am the President of the Schizophrenic Society of Prince Edward Island, and I became involved when my son got ill.

I just returned from the National Schizophrenic Society of Canada's annual meeting in Montreal. We had a lot of great speakers there, a lot of it was around the diagnosis and treatment of schizophrenia. The Schizophrenic Society of Canada has adopted, along with the provinces, a new mission statement, which states, "A reason to hope. The means to cope." Hence, I

Mme Arnold : La question que vous m'avez posée était reliée, je crois, à une plus grande participation de la famille et à la façon d'y parvenir, n'est-ce pas?

Le sénateur Cook : Oui, un protocole afin que certains des éléments de l'état de l'enfant —

Mme Arnold : Oui.

Le sénateur Cook : Vous êtes un parent. Vous avez un fils; j'ai une fille. Nous ne voulons pas tout savoir, mais il doit y avoir un protocole si nous allons aider la personne. Qu'en pensez-vous? Vous ne voulez pas tout savoir, mais vous voulez savoir ce qu'il est nécessaire de savoir.

Mme Arnold : C'est exact, oui. Je ne sais vraiment pas si un protocole est en place.

Le sénateur Cook : Voici un point que nous pouvons viser à atteindre.

Mme Arnold : Oui, quelque chose à viser.

Le sénateur Cook : Seriez-vous confortable avec ça?

Mme Arnold : Oui.

Le sénateur Cook : Votre première réaction serait de vouloir tout savoir, mais je pense que ce serait probablement plus facile pour votre fils s'il comprenait que vous avez seulement besoin de connaître certains éléments.

Mme Arnold : C'est exact.

Le sénateur Cook : Il n'aurait peut-être pas offert de résistance.

Mme Arnold : Oui, c'est vrai. C'est vraiment une question de communication. C'est pourquoi de nombreuses personnes, comme je l'ai dit, finissent par souffrir d'épuisement. Les familles souffrent d'épuisement ou sont découragées d'aider parce que l'individu ne veut pas que sa famille sache. La question du stigmatisme fait également partie du problème. Il y a tant de facteurs en cause.

Le président : Je me permets de vous remercier tous de votre présence. Je sais que nous avons grandement abusé de votre patience, mais je vous remercie vivement d'être venus. Nous l'apprécions.

Chers collègues, nous avons deux participants non annoncés. Nous commencerons par Gail et entendrons ensuite Gregg.

Mme Gail MacLean, présidente, Société de schizophrénie de l'Île-du-Prince-Édouard : Merci, monsieur le président, de m'allouer ce temps. Je suis présidente de la Société de schizophrénie de l'Île-du-Prince-Édouard, et j'ai commencé à m'engager lorsque mon fils est tombé malade.

Je reviens tout juste de la réunion annuelle de la Société canadienne de schizophrénie qui s'est tenue à Montréal. Nous avons entendu beaucoup d'excellents conférenciers sur, principalement, le diagnostic et le traitement de la schizophrénie. La Société canadienne de schizophrénie, ainsi que les sociétés provinciales, ont adopté un nouvel énoncé de

believe positive steps are being made in the treatment of mental illness; however, there are still areas that can be improved.

I wish to address the area of access to appropriate medication for the treatment of schizophrenia and other serious mental illnesses. Medication is one very important component of improving the life of a person with a mental illness. Presently, each province determines which medications will be approved on the provincial formulary, and this then determines which medication a doctor can prescribe for his patient. Our society believes that every person is entitled to the very best medication possible for their symptoms and for the betterment of their life.

For example, there is a new anti-psychotic medication recently developed, available in injectable form, which means the person would receive the medication every two weeks, allowing that person more freedom from daily medication taking. It also kind of normalizes their life they find, when a person can take a needle every two weeks. There is not this constant reminder, "Did you take your pills? Did you take your pills today?" Presently, this medication has just been approved in the formulary in the provinces of Ontario and Quebec.

The Schizophrenic Society would like a national strategy for the availability of medications for all Canadians across the country no matter where you live. I do not feel that if you do not live in a certain province that you should be denied a medication that is actually better for your symptoms. I am opening with medication, but recently our son was put on this medication. I had read about it and I felt it was something that he would accept better. I even asked him. I said, "If you had the choice of taking pills every day or a needle every two weeks, what would your preference be?" He said, "I would rather have the needle every two weeks."

I asked about him having this medication. His physician said to me, "It is not available in the formulary of Prince Edward Island, and it probably will not be for some time to come." I said that we would pay for it, and the doctor asked me if I had any insurance. "No, not for Stephen we do not," I told him. My point is that we are in a position where we can afford to give our son the best medication, but many people cannot. Hence, their life is impacted because they cannot get the best medication available, and it is fairly expensive medication.

Our society has recently met with the MLAs of Prince Edward Island, and we had Bill MacPhee speak to them — I believe the Senate committee heard from Bill MacPhee — on the importance of how medication and the program he got into helped change his life quite dramatically. He is now speaking internationally, across

mission, qui est le suivant « Une raison d'espérer. Les moyens de s'en sortir ». Je crois donc que des progrès sont accomplis dans le traitement de la maladie mentale; mais des aspects peuvent encore être améliorés.

Je veux aborder la question de l'accès à la médication appropriée pour le traitement de la schizophrénie et d'autres maladies mentales graves. La médication est un très important facteur d'amélioration de la vie d'une personne atteinte de maladie mentale. Actuellement, chaque province détermine quels médicaments seront inscrits sur le formulaire provincial, ce qui détermine ensuite quelle médication un médecin peut prescrire à son patient. Notre société croit que chaque personne a droit à la meilleure médication possible pour le traitement de ses symptômes et pour l'amélioration de sa qualité de vie.

Par exemple, un nouvel antipsychotique a récemment été mis au point. Le médicament est disponible sous forme injectable, ce qui signifie que la personne reçoit la médication aux deux semaines, ce qui procure plus de liberté par rapport à la prise quotidienne de médicaments. Le nouveau médicament normalise également la vie des malades. Il n'y a pas ce constant rappel « As-tu pris tes médicaments? As-tu pris tes médicaments aujourd'hui? » Le médicament vient d'être inscrit sur le formulaire de l'Ontario et du Québec.

La Société de schizophrénie aimerait qu'une stratégie nationale soit adoptée touchant la disponibilité des médicaments pour tous les Canadiens, quelle que soit la région où ils vivent. Je ne crois pas que si vous ne demeurez pas dans une certaine province, on doive vous refuser un médicament qui est meilleur pour le traitement de vos symptômes. Je commence en parlant des médicaments, mais notre fils s'est récemment vu prescrire ce médicament. J'avais lu sur le sujet et estimé que c'était quelque chose qu'il accepterait mieux. Je lui ai même demandé. J'ai dit, « si tu avais le choix de prendre des pilules chaque jour ou une injection aux deux semaines, que préférerais-tu? » Il m'a dit « j'aimerais mieux avoir l'injection aux deux semaines ».

J'ai demandé à son médecin s'il pouvait avoir ce médicament. Son médecin m'a dit « il n'est pas inscrit sur le formulaire de l'Île-du-Prince-Édouard, et ne le sera probablement pas avant un certain temps. » J'ai dit que nous allions le payer et le médecin m'a demandé si j'avais une assurance. « Non, pas pour Stephen », lui ai-je répondu. Ce que je veux vous faire comprendre, c'est que nous pouvons nous permettre de donner à notre fils la meilleure médication, mais de nombreuses personnes ne le peuvent pas. Cela a donc une incidence sur leur vie parce qu'elles ne peuvent pas avoir la meilleure médication disponible et qu'il s'agit d'une médication assez dispendieuse.

Notre Société a récemment rencontré les députés provinciaux de l'Île-du-Prince-Édouard et nous avons invité Bill MacPhee à leur adresser la parole — je crois que le comité du Sénat a entendu parler de Bill MacPhee — comment la médication et le programme auquel il s'est inscrit ont changé sa vie de façon

the country and the United States. So, hopefully, our influence will help to allow the best medications available to all patients.

If someone is diagnosed with cancer or heart disease, there seems to be no problem in the public demanding the best medication. However, when it comes to mental illness, that is a different thing altogether.

Our society on P.E.I. is helping people to cope with the diagnosis of schizophrenia by presenting our newly developed educational program called, "Strengthening Families Together." The participants who took part in this program echoed many of the concerns already mentioned in previous presentations here, which are housing, medications, and jobs. I would like to add my support of appropriate housing and the financial support to people with schizophrenia.

My son recently moved into Abe Zakem House, and I know Senator Callbeck would be familiar with that. It was built by the Kiwanis Club of Charlottetown with funding from various sources, and it is considered to be low-income housing. There are criteria to meet. This is an example of how people are supposed to live. My son is unable to work at this time. He receives \$710 a month in income support. His rent is \$470, and then he has to pay lights, groceries and telephone. It is a real challenge to live on what is left over — which is another issue. I just wanted to reiterate what Bonnie had mentioned about appropriate housing and the costs associated with it. Thank you very much.

The Chairman: Thank you.

Mr. Gregg Reddin, as an individual: My name is Gregg Reddin, and I have two brothers with schizophrenia. I am very interested in this committee. I am looking forward to the final report. I am also concerned about what will happen after the release of the committee's report. Will there continue to be an interest in the public, or as politics goes, will it be off the radar screen?

I think we need a structure to have the people's voices heard. We have to think about what is taking place with various disenfranchised groups, whether they be people who are homosexuals, or people who are marginalized for other reasons. Their battle did not get won all of a sudden without a lot of work, without a lot of thought.

I think the federal government has a role in this. The committee's report is in the health care field. We know that the health care field is administered by the provinces and the territories, but there are areas in the interim report that have been tabled that talks about the areas of interest for the federal government, penal institutions, Aboriginals and federal government employees. I think we have to support role models, champions — I believe it was Senator Cochrane who mentioned that earlier. I think role models are important. I think champions are important. I think there has to be a framework, a structure, for them to operate in. Guidelines must be delivered to federal government agencies and departments to allow them to train their

assez saisissante. Il est maintenant un conférencier connu tant internationalement, qu'au Canada et aux États-Unis. Nous espérons que notre influence aidera à mettre les meilleurs médicaments à la disposition de tous les patients.

Si quelqu'un souffre de cancer ou d'une maladie cardiaque, il semble n'y avoir aucun problème à exiger les meilleurs médicaments. Lorsqu'il s'agit de maladie mentale, toutefois, il en va tout autrement.

Notre Société provinciale aide les gens à composer avec le diagnostic de la schizophrénie grâce à notre nouveau programme éducatif, « Renforcer les liens familiaux ». Les participants qui ont pris part à ce programme ont exprimé nombre des inquiétudes déjà mentionnées ici, sur le logement, les médicaments et l'emploi. J'aimerais apporter mon appui à la question du logement approprié et à celle du soutien financier des personnes atteintes de schizophrénie.

Mon fils a récemment déménagé à la Abe Zakem House, et je sais que la Le sénateur Callbeck est familière avec cette maison. La maison a été construite par le club Kiwanis de Charlottetown avec des fonds de différentes sources, et elle est considérée comme une habitation à loyer modique. Il y a des critères à satisfaire. Il s'agit d'un exemple de la façon dont les gens sont supposés vivre. Mon fils ne peut pas travailler pour le moment. Il reçoit 710 \$ par mois en soutien du revenu. Son loyer est de 470 \$, et il doit ensuite payer l'électricité, la nourriture et le téléphone. C'est réellement un défi d'arriver à vivre avec ce qui reste — ce qui est une autre question. Je voulais seulement répéter ce que Bonnie avait mentionné à propos des logements appropriés et des coûts connexes. Merci beaucoup.

Le président : Merci.

M. Gregg Reddin, à titre individuel : Mon nom est Gregg Reddin, et j'ai deux frères schizophrènes. Je m'intéresse beaucoup aux travaux de ce comité. J'ai hâte de lire le rapport final. Je m'inquiète aussi de ce qui arrivera après la publication du rapport du comité. Continuera-t-il à y avoir un intérêt dans la population ou, comme c'est souvent le cas en politique, la question disparaîtra-t-elle de l'écran radar?

Je pense que nous avons besoin d'une structure qui permette aux gens de faire entendre leur voix. Nous devons penser à ce qui arrive à divers groupes privés de leurs droits, qu'il s'agisse des homosexuels ou de personnes qui sont marginalisées pour d'autres raisons. Ils n'ont pas gagné leur bataille tout d'un coup sans y consacrer beaucoup de travail et de réflexion.

Je pense que le gouvernement fédéral a un rôle à jouer. Le rapport du comité porte sur le domaine des soins de santé. Nous savons que le domaine des soins de santé est administré par les provinces et les territoires, mais des parties du rapport préliminaire qui a été déposé traitent des domaines d'intérêt du gouvernement fédéral, les établissements carcéraux, les Autochtones et les employés du gouvernement fédéral. Je pense que nous devons soutenir des modèles, des champions — je crois que c'est la Le sénateur Cochrane qui a mentionné ce point plus tôt. Je pense que les modèles sont importants. Je pense que les champions sont importants. Je pense qu'il doit exister un cadre, une structure à l'intérieur desquels ils peuvent agir. Des lignes

employees on what mental illness is about, to keep mental illness on the agenda. Aboriginals have to receive training — and that was talked about earlier. Aboriginal people have to be trained in health care sectors and mental illness. Penal institutions must also have these concerns addressed.

There needs to be respite care for caregivers, and I like what Senator Cook had to say about protocol. My oldest brother has schizophrenia. I have gone to his medical appointments regularly with him. He tells me how he is feeling, what his concerns are. When I go to his appointments, I sit in the waiting room, and I wait to be asked to attend his appointments. The psychiatrists ask him if he would mind me attending, to which my brother says, “Fine. Gregg is welcome to attend.”

We just got back from a conference in Montreal where some local psychiatrists were honoured, and they say the same thing, that those sorts of protocols are acceptable, but I think we need some training in how psychiatrists deal with this particular sensitive issue. It is a legal issue. I do not have to educate members of the committee on legal issues, but it is not one that is insurmountable. I think there are answers and I look forward to your report. Thank you for listening to what I have to say.

The Chairman: Gregg, I thank you for your comments. I know Senator Cochrane has a comment she wants to make. Let me say two things, because you raise two points. First of all, this committee has never shied away from making recommendations that are indirectly an area of provincial responsibility. We do not generally get hung up on the constitutional questions, and indeed, our previous report on the health care system, the October 2002 report, was largely in areas of provincial responsibilities, and there was not a single provincial minister or premier who complained. Indeed, vast numbers of the provinces and now the Supreme Court have basically said that the direction we laid out is the right direction. So, I would not worry about that.

Your second point is one that does worry me. You are absolutely right. The biggest problem we could face, as we put out a report — and because it is the first national one — is that it suddenly dies — as you say, if political agendas move off to other things and there is no discussion.

Senator Callbeck and I had breakfast this morning with the provincial health minister. We have been doing that as we go across the country, because it is critical that we put in place a mechanism that makes it impossible for people to continue to ignore the mental health issue. I do not know yet what that is, but we will clearly have to do something to prevent the issue dying again, and to keep it very much on the public agenda. One of the reasons we are talking to the provinces is to see if we can get

directrices doivent être fournies aux agences et aux ministères fédéraux pour leur permettre de former leurs employés à ce qu'est la maladie mentale, pour garder la maladie mentale à l'ordre du jour. Les Autochtones doivent recevoir de la formation — ce point a été abordé précédemment. Les Autochtones doivent être formés aux différents secteurs des soins de santé et au traitement de la maladie mentale. Les établissements carcéraux doivent également se préoccuper de ces problèmes.

Les aidants ont besoin de services de relève et j'aime ce que la Le sénateur Cook avait à dire à propos des protocoles. Mon frère aîné est schizophrène. Je l'ai accompagné régulièrement à ses rendez-vous chez le médecin. Il me dit comment il se sent, ce qui l'inquiète. Lorsque je l'accompagne à ses rendez-vous, je m'assieds dans la salle d'attente et j'attends d'être invité à assister à ses rendez-vous. Les psychiatres lui demandent s'il consent à ce que j'assiste au rendez-vous, et mon frère répond « D'accord. Gregg peut assister. »

Nous revenons tout juste d'une conférence à Montréal où des psychiatres locaux ont été honorés. Ils disent la même chose, que ces types de protocole sont acceptables, mais je pense que nous avons besoin de formation sur la façon dont les psychiatres abordent cette question particulièrement délicate. C'est une question juridique. Je n'ai pas à éduquer les membres du comité sur les questions juridiques, mais ce n'est pas une question insurmontable. Je pense qu'il y a des réponses et j'ai hâte de lire votre rapport. Je vous remercie d'avoir écouté ce que j'avais à dire.

Le président : Gregg, je vous remercie de vos commentaires. Je sais que le sénateur Cochrane veut faire un commentaire. Laissez-moi dire deux choses, parce que vous avez soulevé deux points. Tout d'abord, ce comité n'a jamais hésité à faire des recommandations sur des questions qui sont indirectement de compétence provinciale. Nous ne nous embarrassons généralement pas de considérations constitutionnelles. Notre rapport précédent sur le système de soins de santé, le rapport d'octobre 2002, portait largement sur des questions de compétence provinciale, et pas un seul ministre ou premier ministre provincial ne s'en est plaint. En fait, de nombreuses provinces et maintenant la Cour suprême ont fondamentalement dit que la direction que nous indiquons est la bonne. Alors, je ne m'inquiéterais pas de ce point.

Votre second point est celui qui m'inquiète. Vous avez absolument raison. Le plus gros problème auquel nous risquons de faire face, lorsque nous publions un rapport — et parce qu'il s'agit du premier rapport national — est qu'il meurt soudainement — comme vous dites, si l'ordre du jour politique passe à d'autres priorités et qu'il n'y a pas de discussion.

Le sénateur Callbeck et moi-même avons déjeuné ce matin avec le ministre de la Santé de l'Î.-P.-É. Nous avons déjeuné avec les ministres de la Santé de toutes les provinces que nous avons visitées parce qu'il est crucial que nous mettions en place un mécanisme qui fasse en sorte qu'il soit impossible que la population continue à ignorer la question de la santé mentale. Je ne sais pas encore quoi, mais nous devons clairement faire quelque chose pour éviter que la question tombe dans l'oubli à

something that they could, if not enthusiastically buy into, at least acquiesce to. I am actually very encouraged by the provincial reaction we have to date — the acknowledgement that it needs to be kept on the agenda. There are minor nuances in what the organization ought to look like and how it ought to be funded, but one of our pivotal recommendations will really be to see that our final report is the beginning not the end of the process.

Senator Cochrane: Gail, did you say that your son was doing public speaking now?

Ms. MacLean: No, not my son, but Bill MacPhee, who had been on Prince Edward Island as a guest speaker to the Schizophrenic Society of Prince Edward Island.

Senator Cochrane: The number of children on Ritalin is unbelievable. It is so prevalent in my province, in the schools. I have not been in the school system for a while, but there are children lining up at the principal's office for their Ritalin. It is just awful, because these children believe they cannot cope with the subjects and so on within the school. They cannot cope with the type of disciplines in the schools, so therefore doctors recommend Ritalin. Do you think doctors are recommending too much medication?

Ms. MacLean: I really cannot speak to the Ritalin. I really do not know much about that, to tell you the truth. I do a lot of reading on anti-psychotic medication, which is the best medication for people with schizophrenia, because it is a psychotic illness. I do not think that they prescribe too much. Their hands are sometimes tied as to which medication they can prescribe. There was concern in Nova Scotia last year that the government was going to remove from the formulary one of the better medications, that was proven to be the best, because of the cost. Again, the society got very involved in that, met with the minister, and the decision was reversed.

However, I cannot address that issue of Ritalin. I really cannot.

Senator Cochrane: What about the professionals? Are they up to par on the latest medicines for specifics?

Ms. MacLean: I would like to hope they are. I know in some cases, though, it is families who actually bring the information to the physician.

Senator Cochrane: Yes.

Ms. MacLean: Families have the best vested interests in seeing that their family member gets well, and by attending these annual general meetings and speaking with our counterparts across the country we have access to the latest of what is available. I know that when I approached my son's doctor about going on this medication, which was last September, he said to me, "Well, it is not approved on Prince Edward Island yet." I looked into it, and

nouveau et la garder à l'ordre du jour public. Une des raisons pour lesquelles nous parlons aux provinces, c'est pour voir si nous pouvons obtenir quelque chose qu'elles pourraient, sinon adopter avec enthousiasme, au moins accepter. Je suis très encouragé par les réactions provinciales que nous avons eues jusqu'à maintenant — la reconnaissance du fait que cette question doit être maintenue à l'ordre du jour. Il existe des nuances mineures dans l'aspect que devrait prendre l'organisation et comment elle devrait être financée, mais une de nos principales recommandations consistera à voir à ce que notre rapport final soit le début du processus, et non la fin.

Le sénateur Cochrane : Gail, avez-vous dit que votre fils est maintenant un conférencier?

Mme MacLean : Non, pas mon fils, mais Bill MacPhee, qui est venu à l'Île-du-Prince-Édouard en qualité de conférencier invité de la Société de la schizophrénie de l'Île-du-Prince-Édouard.

Le sénateur Cochrane : Le nombre d'enfants qui prennent du Ritalin est incroyable. Il est tellement prévalent dans ma province, dans les écoles. Il y a un certain temps que je n'ai pas visité le réseau scolaire, mais des enfants font la queue devant le bureau du directeur pour leur Ritalin. C'est épouvantable parce que ces enfants croient qu'ils ne peuvent pas absorber les matières qui sont enseignées, et cetera. Ils ne peuvent pas composer avec le type de discipline dans les écoles, alors les médecins recommandent du Ritalin. Pensez-vous que les médecins prescrivent trop de médicaments?

Mme MacLean : Je ne peux vraiment pas parler du Ritalin. Je ne sais vraiment pas grand chose à ce propos, pour dire vrai. Je lis beaucoup sur les antipsychotiques, qui sont les meilleurs médicaments pour les schizophrènes, parce que la schizophrénie est un type de psychose. Je ne pense pas qu'ils prescrivent trop de médicaments. Ils ont parfois les mains liées, quant aux médicaments qu'ils peuvent prescrire. On s'est inquiété l'an dernier, en Nouvelle-Écosse, du fait que le gouvernement voulait retirer du formulaire un des meilleurs médicaments existants, le meilleur, même, en raison du coût. Encore une fois, la Société s'est engagée à fond sur la question, a rencontré le ministre et a fait renverser la décision.

Je ne peux toutefois pas parler de la question du Ritalin. Je ne peux vraiment pas.

Le sénateur Cochrane : Qu'en est-il des professionnels de la santé? Sont-ils bien informés au sujet des plus récents médicaments?

Mme MacLean : J'espère qu'ils le sont. Je sais que dans certains cas, toutefois, ce sont les familles qui fournissent l'information au médecin.

Le sénateur Cochrane : Oui.

Mme MacLean : Les familles sont les personnes qui ont le plus d'intérêt à ce que le patient aille bien. En outre, en participant à ces rencontres annuelles et en parlant avec nos homologues des autres régions du pays, nous avons accès à ce qui se fait de plus récent. Je sais que lorsque j'ai approché le médecin de mon fils au sujet de cette médication, en septembre dernier, il m'a dit « Il n'est pas encore approuvé à l'Île-du-Prince-Édouard ». Je me suis

it had been approved that very week. So, of course, I called the hospital back, because he was in the hospital at the time, at the hospital that Bonnie mentioned, and I said, "It has been approved." We got over that hurdle.

The next hurdle was that at the time he did not feel that was the best medication for my son. I cannot prescribe medication. The winter progressed. My son did not do well over the winter. He ended up again in hospital in February, and again in April. So, finally in April they agreed to try it, but they agreed to try it because we are paying for. In other words, if we were not able to pay for it, he would not have it. Who is going to pay \$270 every two weeks, when you are only making \$710 a month? Those are the stumbling blocks that we find.

Senator Cordy: You talked about the need for a national formulary so that everybody in every province is treated equally, but I am wondering about compliance of medication, or non-compliance of medication. Having a family member with schizophrenia, when she was feeling good, she would sometimes say, "I am not ill, and I do not need medication." We heard Bill MacPhee speaking, and he said that medication is a necessity. He said, "Nobody would tell you to come off your medication for a physical illness, that you should have to take it." Nevertheless, we have heard other people say that you should be able to decide on your own whether or not you want to take your medication, and if you want to come off your medication then so be it. I am just wondering what your feelings are as family members? I know what mine are.

Ms. MacLean: It is one of those things where you come off it a couple of times, and then they get ill. I think we have reached the point in our life — our son is 29; he has been ill since he was 21 — that our son has finally realized that, in order to stay well, he has to stay on his medication. I think he believes that the needle is the easiest way for him.

The other thing that has helped in our situation is educating people. We educate people. My husband has diabetes. He attended an eight-week program on how to look after diabetes. Are there eight-week programs on how to look after people with mental illness? That is where the Schizophrenia Society is helping, and we are making a difference, I believe, with our different programs. It comes back to acceptance, nationally and everywhere, that if you have schizophrenia, if you have bipolar disorder, this is medication you need to take to make you get better, and people will begin to realize that mental illness is no different than any other illness.

The Chairman: It is no big deal.

Ms. MacLean: Exactly, but we have not reached that yet.

renseignée et j'ai appris que le médicament venait d'être approuvé cette même semaine. Alors, évidemment, j'ai appelé à l'hôpital, parce que le médecin était à l'hôpital à ce moment-là, à l'hôpital que Bonnie a mentionné, et j'ai dit « Il a été approuvé ». Nous avons franchi cet obstacle.

L'obstacle suivant était que le médecin ne considérait pas qu'il s'agissait de la meilleure médication pour mon fils. Je ne peux pas prescrire de médicaments. L'hiver a passé. Mon fils n'a pas bien traversé l'hiver. Il a abouti à l'hôpital à nouveau en février et encore une fois en avril. En avril, ils ont finalement consenti à essayer le médicament, mais ils ont accepté seulement parce que nous payons pour le médicament. Autrement dit, si nous n'étions pas capables de payer, il ne l'aurait pas. Qui peut payer 270 \$ aux deux semaines s'il touche seulement 710 \$ par mois? Ce sont là les difficultés que rencontrent les patients.

Le sénateur Cordy : Vous avez parlé de la nécessité d'un formulaire national afin que tout le monde dans toutes les provinces soit traité également, mais je m'inquiète de la conformité ou la non-conformité des médicaments. Comme un membre de ma famille est schizophrène, lorsqu'elle se sent bien, elle dit parfois « Je ne suis pas malade et je n'ai pas besoin de médicaments ». Nous avons entendu parler Bill MacPhee, et il a dit que la médication est une nécessité. Il a dit « Personne ne vous dirait d'arrêter de prendre vos médicaments pour une maladie physique, que vous devriez les prendre ». Mais nous avons entendu d'autres personnes dire que vous devriez pouvoir décider vous-même si vous voulez prendre votre médication ou non, et que si vous voulez l'arrêter, alors, soit. Je me demande seulement quels sont vos sentiments en tant que parent? Je connais les miens.

Mme MacLean : Ils arrêtent la médication une ou deux fois et ils deviennent malades. Je pense que nous avons atteint le point dans notre vie — notre fils a 29 ans; il est malade depuis l'âge de 21 ans — où notre fils a finalement compris que pour rester en santé, il doit prendre sa médication. Je pense qu'il estime que les injections sont la façon la plus facile pour lui.

L'autre chose qui a aidé dans notre situation, c'est d'éduquer les gens. Nous éduquons les gens. Mon mari souffre de diabète. Il a participé à un programme de huit semaines sur la façon de s'occuper de son diabète. Existe-t-il des programmes de huit semaines sur la façon de s'occuper de personnes atteintes de maladie mentale? C'est sur ce point que la Société de la schizophrénie aide, et nous faisons une différence, je crois, avec nos différents programmes. Ça revient à une question d'acceptation, au niveau national et partout; si vous êtes schizophrène, si vous souffrez de désordre bipolaire, c'est la médication que vous devez prendre pour être bien. Les gens commencent à comprendre que les maladies mentales ne sont pas différentes des autres maladies.

Le président : Ça n'a rien de catastrophique.

Mme MacLean : Exactement, mais nous n'avons pas encore atteint ce point.

The Chairman: No, no.

Ms. MacLean: To answer your question, Senator Cordy, in our case, it was just many years of my son getting ill, well, ill, well, and then finally coming to the conclusion that he has to take his medication. As the nurse said to him in the hospital when he just got out a week and a half ago, "Stephen, if you do not take your medication you are going to be seeing a whole lot more of us, and I do not really think you want to be here, because it is a pretty boring place to be."

Senator Cordy: The injections are also wonderful.

Ms. MacLean: That is what she said to him.

Senator Cordy: Yes. The injections are also wonderful — in that way, the individual does not keep the medication his or her tongue until you leave the room.

Ms. MacLean: Yes. The good thing is that he has to go to the clinic to get it. I do not give it to him. Every two weeks, he gets to see his nurse, and if he does not go in for the medication they call me. We have made that arrangement; I will know when he does not show up for his injection.

The Chairman: And you can weigh in.

Ms. MacLean: I can weigh in then.

The Chairman: Great.

Senator Callbeck: Gregg, you talked about your concern about keeping this on the agenda. You have heard what the chair has said — and we have been working on this since 2003. A lot of time and effort that has gone into this study, and we do not want to produce a report that is just going to sit on the shelf, so we are going to do whatever we can.

Senator Cook: Once we have engaged the general public, it will not sit on a shelf.

Senator Callbeck: Not if we have anything to do with it.

Gail on your appropriate medication, I know the importance of that, and I certainly understand what you are saying. I am on a very expensive drug for rheumatoid arthritis; if I were not taking this medication, I would not be walking. I am fortunate to have health insurance, but a lot of people are not as fortunate as I am.

Ms. MacLean: That is correct — and especially since schizophrenia affects mainly young people. The onset is usually between the ages of 15 and 25. Many of them have not even graduated high school; others have not been able to complete a post-secondary education. They do not have the education to get a good job. They are working in jobs that pay \$6 or, if they are lucky, \$7 an hour, and then as a result they go on income support. Of course, if they do get a job, they deduct those earnings from their income support, making it that there is no incentive to do better.

Le président : Non, non.

Mme MacLean : Pour répondre à votre question, Le sénateur Cordy, dans notre cas, il a fallu de nombreuses années pendant lesquelles notre garçon a été malade, bien, malade, bien, pour finalement en arriver à la conclusion qu'il devait prendre sa médication. Comme l'infirmière lui a dit à l'hôpital lorsqu'il a reçu son congé il y a une semaine et demie, « Stephen, si tu ne prends pas ta médication, tu vas nous voir beaucoup plus souvent et je ne pense pas vraiment que tu veux être ici parce que la place est vraiment ennuyante ».

Le sénateur Cordy : Les injections sont également merveilleuses.

Mme MacLean : C'est ce qu'elle lui a dit.

Le sénateur Cordy : Oui. Les injections sont également merveilleuses — ainsi, la personne ne garde pas la médication sous sa langue jusqu'à ce que vous quittiez la pièce.

Mme MacLean : Oui. Ce qu'il y a de bien, c'est qu'il doit aller à la clinique pour avoir son injection. Je ne la lui donne pas. Chaque deux semaines, il voit son infirmière et s'il ne se rend pas à la clinique pour sa médication, ils m'appellent. Nous avons pris cette entente; je suis informée lorsqu'il ne se présente pas pour son injection.

Le président : Et vous pouvez insister.

Mme MacLean : Je peux insister à ce moment.

Le président : Magnifique.

Le sénateur Callbeck : Gregg, vous nous avez fait part de votre inquiétude que cette question ne reste pas à l'ordre du jour. Vous avez entendu ce que le président a dit — et nous travaillons à cette étude depuis 2003. Beaucoup de temps et d'effort ont été consacrés à cette étude, et nous ne voulons pas produire un rapport qui va rester sur les tablettes, alors nous allons faire tout ce que nous pouvons.

Le sénateur Cook : Lorsque nous aurons acquis l'adhésion de la population, le rapport ne demeurera pas sur une tablette.

Le sénateur Callbeck : Pas si nous avons notre mot à dire.

Gail, en ce qui touche la médication appropriée, je sais l'importance que ça peut avoir, et je comprends certainement ce que vous dites. Je prends un médicament très dispendieux pour l'arthrite rhumatoïde. Si je ne prenais pas ce médicament, je ne marcherais pas. J'ai la chance d'avoir une assurance-maladie, mais beaucoup de personnes n'ont pas ma chance.

Mme MacLean : Exact — et en particulier comme la schizophrénie touche principalement les jeunes. L'apparition de la maladie se produit habituellement entre 15 et 25 ans. De nombreux malades n'avaient pas même obtenu leur diplôme secondaire, d'autres n'ont pas pu terminer des études post-secondaires. Ils n'ont pas la scolarité requise pour trouver un bon emploi. Ils travaillent dans des emplois qui paient 6 \$ ou, s'ils sont chanceux, 7 \$ de l'heure et ils se retrouvent ensuite sur l'aide sociale. Évidemment, s'ils trouvent un emploi, ils déduisent leur salaire de l'aide sociale, ce qui ne les incite pas à mieux faire.

The Chairman: It is hard to imagine that we have been able to design it so badly if you think about it. We will figure out a way to get it better.

Ms. MacLean: Good. Thank you.

The Chairman: We are so persistent, and unlike MPs we do not go away.

Ms. MacLean: That is good.

The Chairman: You know we are a hard force to deal with. Thank you both for attending here.

The committee adjourned.

Le président : Il est difficile d'imaginer que nous ayons réussi à concevoir un système aussi mal fichu, à bien y penser. Nous trouverons une façon d'améliorer les choses.

Mme MacLean : Très bien. Merci.

Le président : Nous sommes tellement tenaces, et, contrairement aux députés, nous ne partons pas.

Mme MacLean : C'est une bonne chose.

Le président : Vous savez qu'il est difficile de nous ignorer. Merci à vous deux d'être venus.

La séance est levée.

Tuesday, June 15, 2005

Roots of Empathy:

Mary Bungay-Gaultois, Trainer and Mentor.

Newfoundland & Labrador Early Psychosis Program:

Dr. Kellie LeDrew, Clinical Director.

Canadian Mental Health Association, Newfoundland and Labrador Division:

Geoff Chaulk, Executive Director.

Psychiatric Association of Newfoundland and Labrador:

Ted Callanan, President.

Stella Burry Community Services:

Jocelyn Greene, Executive Director.

Wednesday, June 16, 2005

As an individual:

Dr. Ian Reid.

Health and Social Services, Province of Prince Edward Island:

Dr. Tina Pranger, Mental Health Consultant.

West Prince Health Region:

Jim Campbell, Mental Health Addictions Coordinator.

Aboriginal Survivors for Healing:

Tarry Hewitt, Project Coordinator.

Provincial Suicide Prevention Committee:

Pat Doyle, Co-Chair.

Fitzroy Centre Programme:

Tom Macleod.

Canadian Mental Health Association (P.E.I.) Support Needs Working Group:

Bonnie Arnold;

Reid Burke, Executive Director.

Walk-ons:

Gail Maclean, President of the Schizophrenia Society of P.E.I..

Gregg Reddin.

Le mercredi 15 juin 2005

Racines de l'empathie :

Mary Bungay-Gaultois, monitrice et mentor.

Newfoundland & Labrador Early Psychosis Program :

La docteure Kellie LeDrew, directrice, Services cliniques.

Association canadienne pour la santé mentale, filiale de Terre-Neuve-et-Labrador :

Geoff Chaulk, directeur exécutif.

Psychiatric Association of Newfoundland and Labrador :

Ted Callanan, président.

Stella Burry Community Services :

Jocelyn Greene, directrice exécutive.

Le jeudi 16 juin 2005

À titre personnel :

Le docteur Ian Reid.

Health and Social Services, province de l'Île-du-Prince-Édouard :

La docteure Tina Pranger, consultante en santé mentale.

West Prince Health Region :

Jim Campbell, coordonnateur, Santé mentale et toxicomanie.

Aboriginal Survivors for Healing :

Tarry Hewitt, coordonnateur de projet.

Comité provincial sur la prévention du suicide :

Pat Doyle, coprésidente.

Programme du Centre Fitzroy :

Tom Macleod.

Association canadienne sur la santé mentale (I.-P.-É.) Groupe de travail sur les besoins en matière de soutien :

Bonnie Arnold;

Reid Burke, directeur exécutif.

Tribune ouverte :

Gail Maclean, présidente de la Société de Schizophrénie de l'Î.-P.-É.;

Gregg Reddin.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

WITNESSES

Tuesday, June 14, 2005

Consumers Health Awareness Network Newfoundland and Labrador (CHANNAL):

Joan Edwards-Karmazin, Manager.

Health Care Corporation of St. John's:

Ian Shortall, Division Manager, BRIDGES Program.

Health and Community Services — St. John's Region:

Kim Baldwin, Director of Mental Health and Addictions.

As an individual:

Ron Fitzpatrick.

Waterford Hospital:

Geri Dalton, Nurse Practitioner, Short Stay Unit.

As walk-ons:

Helen Forristall;

Robert J. Ryan;

Harold Dunne;

Deborah Jackman.

(Continued on previous page)

TÉMOINS

Le mardi 14 juin 2005

Consumers Health Awareness Network Newfoundland and Labrador (CHANNAL) :

Joan Edwards-Karmazin, gestionnaire.

Health Care Corporation of St. John's :

Ian Shortall, chef de division. Programme BRIDGES.

Services de santé et services communautaires — région de St. John's :

Kim Baldwin, directrice de la santé mentale et de toxicomanies.

À titre personnel :

Ron Fitzpatrick.

Hôpital Waterford :

Geri Dalton, infirmière praticienne, Unité de séjour de courte durée.

Tribune ouverte :

Helen Forristall ;

Robert J. Ryan ;

Harold Dunne;

Deborah Jackman.

(Suite à la page précédente)

